



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

Rosângela Fátima de Oliveira Machado

**Territorialização da saúde: determinantes ambientais
e o cotidiano das equipes de saúde da família – Lagarto (SE)**

**Cidade Universitária Professor José Aloísio de Campos
São Cristóvão/SE
Fevereiro/2019**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

Rosangela Fátima de Oliveira Machado

**Territorialização da saúde: determinantes ambientais
e o cotidiano das equipes de saúde da família – Lagarto (SE)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia
da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para obtenção
do título de Doutora em Geografia
Área de concentração: Dinâmica Ambiental
Orientadora: Prof^ª. Dra. Josefa Eliane Santana de Siqueira Pinto

**Cidade Universitária Professor José Aloísio de Campos
São Cristóvão/SE
Fevereiro/2019**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Machado, Rosangela Fátima de Oliveira

M149t Territorialização da saúde : determinantes ambientais e o cotidiano das equipes de saúde da família – Lagarto (SE) / Rosangela Fátima de Oliveira Machado ; orientadora Josefa Eliane Santana de Siqueira Pinto. – São Cristóvão, SE, 2019.

204 f. : il.

Tese (doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Sergipe, 2019.

1. Geografia médica. 2. Indicadores ambientais. 3. Indicadores de saúde. 4. Cuidados primários de saúde. 5. Pessoal da área de saúde pública – Lagarto (SE). I. Pinto, Josefa Eliane Santana de Siqueira, orient. II. Título.

CDU 911.3:614(813.7)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Josefa Eliane Santana de Siqueira Pinto (Orientadora)
Universidade Federal de Sergipe – PPGEO/UFS (SE)

Prof. Dr. Frederico Leão Pinheiro (Examinador externo)
Universidade Federal de Sergipe – Lagarto/UFS (SE)

Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima (Examinador externo)
Universidade Federal de Uberlândia (MG)

Profa. Dra. Ana Rocha dos Santos (Examinadora interna)
Universidade Federal de Sergipe – PPGEO/UFS (SE)

Profa. Maria Augusta Mundim Vargas (Examinadora interna)
Universidade Federal de Sergipe – PPGEO/UFS (SE)

Dedico este trabalho:

Ao meu paizão, que se foi no meio dessa trajetória, mas na época do pré-projeto disse que não tinha dúvida de que eu conseguiria. E como ele sempre me fez acreditar que eu chegaria, cá estou eu!!! Só aquele sorriso, já fazia eu acreditar mesmo!!! Queria muito que você estivesse aqui para compartilhar esse momento comigo!!!

À minha mãe, “pau pra toda obra”, a qualquer hora, que mostrou durante toda a vida, com a sua prática diária, várias possibilidades para eu tentar sempre contribuir para um mundo mais digno, justo e humano.

À população brasileira pobre, desejando que em um futuro bem próximo, não precisemos discutir sobre desigualdades sociais e ambientais.

Agradecimentos

À Profa. Josefa Eliane, minha orientadora, que me acolheu desde a primeira vez em que fui obter informações e falar do meu interesse pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia e me acolhe até hoje, com sua tranquilidade, racionalidade e afeto. Serei grata eternamente!!!

À Thayane, minha “anjinha”, desde o tempo em que era minha monitora da PEC, ajudando os alunos a avançarem e que se somou a essa jornada, na pesquisa de campo e organizou muito!!!

À Grasielle, que também no campo, contribuiu com reflexões nas entrevistas e ambas, meus braços direito e esquerdo, no trabalho duro das transcrições. Muita gratidão!!!

Às minhas entrevistadas e entrevistado, o OURO deste trabalho, sempre disponíveis, de coração aberto.

Aos meus “psicólogos” Flávio, Pedro e Rui, quando o coração apertava, a angústia chegava, a coisa parecia que não iria e eles me mostravam que iria!!! Além de serem meus “assistentes” quando a tecnologia brigava comigo (ou eu brigava com ela). Agradeço a paciência e principalmente o carinho. Amo demaaaaais vocês!!!

Em especialíiiiiissimo ao Rui, que gentilmente me socorria sobre TUDO do computador.

À Nalva, carinhosa de tudo, com o cafezinho que me mantinha em alerta!!!

À Rosi, outra APAIXONADA pelo território e pelo cotidiano das pessoas, tantas trocas interessantes!!!

Aos colegas da PEC, que se “rearrumaram” para eu me dedicar integralmente ao estudo.

Aos colegas geógrafos, principalmente da turma TDA, que me acolheram e me ajudaram quando os termos geográficos e os mapas ficavam muito sofisticados para uma psicóloga!!! Minha eterna gratidão à Alda, Ana, Edilsa, Leandro, Luana, Michelle e Sheila !!!

À Profa. Guta, solidária, que me deu muuuuitas dicas sobre o meu trabalho e autores.

Ao Samuel Lima, meu mestre da Geografia da Saúde, que sempre, prontamente, respondia às minhas mensagens sobre dúvidas e solicitações.

Aos alunos, com os quais troco experiências em nossos encontros e me trazem o desafio de querer aprender mais, a cada dia.

Aos agentes comunitários de saúde de Lagarto, que sabem TUDO sobre a comunidade e nos ensinam, todas as semanas, o que é o conceito de saúde, na prática, além de nos ajudar a construir em nosso cotidiano o que é a estrutura do SUS. Minha eterna gratidão!

E principalmente à população dos povoados, que vive a desigualdade social em seu cotidiano diário e nos faz refletir sobre o quanto precisamos militar na Saúde, com o objetivo de contribuir para mudanças nesses lugares e, transformar a visão dos estudantes, futuros profissionais da saúde, estimulando a participação da sociedade, a fim de que, pelo menos questões básicas relacionadas aos indicadores ambientais em saúde, deem ao ser humano dignidade mínima de sua existência.

“Cada lugar é, à sua maneira, o mundo. Ou, como afirma M.A. de Souza, ‘todos os lugares são virtualmente mundiais’. Mas também, cada lugar, irrecusavelmente imerso numa comunhão com o mundo torna-se exponencialmente diferente dos demais.”

Milton Santos

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde tem como um de seus pilares o vínculo construído entre profissionais e população. A territorialização da saúde é uma das ferramentas para identificar aspectos sociais e ambientais que possam contribuir para reflexão e ações mais adequadas a cada lugar, conforme suas demandas específicas. A Constituição Federal apregoa a promoção da saúde e prevenção de agravos como componentes fundamentais no cotidiano do trabalho da equipe. Embora a revolução bacteriana tenha enfraquecido essa tese por um tempo, os determinantes socioambientais continuaram sendo estudados e nos últimos anos passou a ter uma relevância mundial, a partir das considerações e encaminhamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) aos seus países filiados. No entanto, o modelo biomédico, centrado no corpo, ainda predomina. As propostas relacionadas à identificação do território e seus determinantes como componentes do processo saúde-doença não têm sido considerados com a ênfase que se faz necessária. O resultado disso se traduz em alto índice de doenças tipicamente de origem ambiental. O objetivo do presente trabalho é pesquisar como os determinantes ambientais são observados, percebidos, retratados, relacionados e trabalhados pela equipe de saúde, no município Lagarto (SE), no interior do território estabelecido como área de atuação. Os procedimentos metodológicos fundamentam-se na pesquisa de natureza qualitativa, que proporciona uma compreensão mais profunda em relação à percepção e ação dos profissionais da saúde. A pesquisa documental, entrevistas e estudo de campo com as equipes de saúde favorecem a construção do estudo. Os resultados confirmam a importância da inclusão dos determinantes ambientais nas ações em saúde e mostram a possibilidade de construção de um modelo que contribua para inseri-los na rotina da agenda dos profissionais da equipe de saúde da família. Lagarto (SE), município pesquisado, é exemplo das iniquidades e problemas associados ao abastecimento de água e saneamento, por conta de suas características de porosidade e permeabilidade do solo, tipo aquífero granular que contaminam o lençol freático. Portanto, o território deve ser a prioridade na atuação dos profissionais e o lugar da escuta. Além disso, o território como base da promoção da saúde revela a valorização da saúde em detrimento da doença.

Palavras-chave: Meio ambiente; qualidade de vida; equipe de saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care has as one of its pillars the link between professionals and the population. Territorialization of health is one of the tools to identify social and environmental aspects that can contribute to reflection and actions more appropriate to each place, according to their specific demands. The Federal Constitution proclaims the promotion of health and the prevention of injuries as fundamental components in the daily work of the team. Although the bacterial revolution weakened this thesis for a while, socio-environmental determinants continued to be studied and in the last few years it became world-wide, based on the considerations and referrals of the World Health Organization (WHO) to its affiliated countries. However, the biomedical model, centered in the body, still predominates. The proposals related to the identification of the territory and its determinants as components of the health-disease process have not been considered with the emphasis that is necessary. The result of this translates into high index of diseases typically of environmental origin. The objective of this work is to investigate how environmental determinants are observed, perceived, portrayed, related and worked by the health team in the municipality of Lagarto (SE), within the territory established as the area of activity. The methodological procedures are based on qualitative research, which provides a deeper understanding of the perception and action of health professionals. Documentary research, interviews and field study with the health teams favor the construction of the study. The results confirm the importance of including environmental determinants in health actions and show the possibility of constructing a model that contributes to the inclusion of them in the routine of the family health team professionals' agenda. Lagarto (SE) is an example of the iniquities and problems associated with water supply and sanitation due to its porosity and soil permeability characteristics, granular aquifer type that contaminate the water table. Therefore, the territory must be the priority in the work of the professionals and the place of listening. In addition, the territory as the basis of health promotion reveals the valuation of health to the detriment of the disease.

Keywords: Environment; quality of life; health team.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01 – Via pública em Lagarto (SE)

Figura 02 – Modelo de Determinação Social da Saúde

Figura 03 – Índice de disparidade de renda no mundo

Figura 04 – Percentual da renda nacional na mão dos 10% mais ricos

Figura 05 – Investimentos no Nordeste (2000-2012)

Figura 06 – Relação Abastecimento de Água, Esgoto e Diarreia infantil

Figura 07 – Elementos Estruturantes da Estratificação Social

Figura 08 – Modelo Pressão-Estado-Resposta

Figura 09 – Modelo Geo-Saúde

Figura 10 – Etapas do Modelo Geo-Saúde

Figura 11 – Córregos com esgoto em vias públicas – Reconhecimento do território pelos alunos (SE)

Figura 12 – Trabalho de educação em saúde dos alunos com a população – Lagarto (SE)

Figura 13 – Resíduos sólidos em via pública

Figura 14 – Alunos e comunidade em mutirão, recolhendo resíduos sólidos

Figura 15 – Trabalho de educação em saúde sobre parasitose

Figura 16 – Localização de Lagarto – Sergipe

Figura 17 – Qualidade das águas subterrâneas nos aquíferos

Figura 18 – Alunos aprendendo sobre defensivos naturais

Figura 19 – Oficina organizada pelos alunos sobre reaproveitamento de alimentos de baixo custo, com a orientação da nutricionista do NASF-Lagarto (SE)

Figura 20 – Agricultor orgânico ensinando sobre defensivos naturais

Figura 21 – Orçamento da União de 2006

Figura 22 – Orçamento Geral da União de 2014

Figura 23 – Tipo de abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de resíduos sólidos – evolução 1991-2000

Figura 24 – Variação dos gastos sociais em termos absolutos, por tipo - Crescimento em termos reais em relação a 2002

Figura 25 – Transferências da União para Lagarto per capita

Figura 26 – Taxa de mortalidade infantil – Lagarto (SE)

Figura 27 – Mortalidade infantil em Lagarto (SE) – 2008

Figura 28 – Mortalidade infantil em Lagarto (SE) - 2014

Quadro 01 – Unidades de análise / Categorias / Prontuários analisados

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – IDH ajustado pela disparidade de renda

Tabela 02 – Abastecimento de Água e Instalação Sanitária em Lagarto (SE)

Tabela 03 – Comparação de doenças entre os municípios Lagarto (SE) e Pirassununga (SP)

Tabela 04 – Caracterização do Município Lagarto (SE)

Tabela 05 – Amostra de Prontuários

Tabela 06 – Transferências da União para Lagarto (SE) – Saneamento Básico

Tabela 07 – Distribuição percentual das internações por grupo de causas em Lagarto - 2009

Tabela 08 – Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária em Pirassununga – 2009

Tabela 09 – Soma das queixas registradas nos prontuários das duas unidades de saúde – Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima e Centro de Saúde Maria do Carmo Alves

Tabela 10 – Soma do número de exames solicitados nas duas unidades de saúde – Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima e Centro de Saúde Maria do Carmo Alves

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção básica
ACS	Agente comunitário de saúde
AS	Ação de Infraestrutura Social
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CF	Constituição da República Federativa do Brasil
DAS	Determinantes ambientais da saúde
E-	Entrevistado
Esf	Equipe de saúde da família
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	v
EPÍGRAFE	vii
RESUMO.....	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE FIGURAS E QUADROS.....	x
LISTA DE TABELAS.....	xii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xiii
SUMÁRIO.....	xiv
INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	1
1- OBJETIVOS.....	13
1.1- Objetivo Geral	13
1.2- Objetivos específicos.....	13
2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1– O território no campo da Geografia da Saúde	19
2.2- Determinantes ambientais: o desafio do conceito ampliado de saúde.....	38
2.3- Indicadores, saneamento e promoção de saúde	65
3- MÉTODOS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS	76
3.1- Métodos	76
3.1.1- Pesquisa Documental	77
3.1.2- Entrevistas e estudo de campo	79
3.1.3- Abordagem Análise de Conteúdo dos dados	81
3.2- Procedimentos Operacionais	84
3.2.1- Coleta e análise de dados	85
3.2.2- Tratamento e interpretação	93
3.2.3 – Ética na pesquisa	94
4- FORMAÇÃO ACADÊMICA E O COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL, NA ATENÇÃO BÁSICA	95
5- O COTIDIANO DA EQUIPE NA TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	110
6- DETERMINANTES AMBIENTAIS: UM DESAFIO OU UM DILEMA?.....	135
7- CONCLUSÃO	164
8- RECOMENDAÇÕES	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	173
ANEXO 01 – QUESTIONÁRIO-GUIA	184

ANEXO 02 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	185
ANEXO 03 – FICHA PARA CADASTRAMENTO DA FAMÍLIA	186
APÊNDICE – FORMULÁRIO PROPOSTO A PARTIR DESTA PESQUISA	186

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A relação entre saúde e meio ambiente data de V a.C, desde Hipócrates, quando se começou a olhar para o ambiente e o modo de vida como fatores de determinações da saúde. A preocupação com a saúde, relacionando-a às características do território em que as pessoas vivem, valeu escritos que se tornaram obra pioneira da Geografia Médica e mais tarde, Geografia da Saúde.

Embora a revolução bacteriana tenha enfraquecido essa tese por um tempo, os determinantes ambientais continuaram sendo estudados e nas últimas décadas passaram a ter uma relevância mundial, a partir das considerações e encaminhamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) aos seus cento e noventa e quatro países filiados.

No entanto, a assistência de saúde pautada no modelo biomédico, centrada no corpo, ainda predomina. Os determinantes do território e suas consequências no processo saúde-doença remetem à hipótese de que são desconsiderados de forma enfática pelos profissionais, mesmo se tratando de um Sistema de saúde, em que a principal proposta é a valorização da prevenção, promoção da saúde e fortalecimento do processo de trabalho. A relação entre saúde-doença e o meio em que o indivíduo vive deve ser vista como uma conexão direta entre território e adoecimento, traduzido em alto índice de doenças tipicamente de origem ambiental.

O SUS é o sistema vigente de assistência à saúde pública e parte do seu projeto é a territorialização da saúde, como uma nova lógica, incluindo o entendimento dos profissionais da saúde sobre as condições sociais e culturais de grupos populacionais, além da divisão de áreas e microáreas nos municípios, a fim de oferecer às equipes de saúde e à população local maiores informações sobre as condições específicas e peculiaridades de cada território. Sem desconsiderar a dinâmica adjacente, a territorialização da saúde deve possibilitar a construção de processos de saúde mais efetivos juntamente com a população.

Esta pesquisa se dedica a estudar como a equipe de saúde da família trabalha os determinantes ambientais. Como eles são expressos pelos trabalhadores das unidades básicas, através de entrevistas, acompanhamento e trabalho da equipe junto à comunidade, dentro do território estabelecido como área de atuação. Ao mesmo tempo, analisa-se a relevância dos aspectos do ambiente no processo saúde-doença.

O território passa a ser o cenário em que tudo o que nele ocorre é relevante para a conceituação de saúde; cidadania e promoção da saúde; determinantes ambientais; participação da comunidade na construção e controle do SUS; vínculo entre profissionais da

saúde e usuário; tipos de doenças mais frequentes e seu controle; aspectos econômicos e sociais da população; e as condições do meio ambiente.

Ouvir a comunidade se manifestar sobre todos estes temas traz versões sobre a realidade, muitas vezes desconhecidas pelos que chegam de outros ambientes e ali se instalam como membros de uma equipe. Com exceção do agente comunitário de saúde, que reside no local em que trabalha e por isso a sua importância na equipe.

Sendo assim, o Ministério da Saúde orienta que a formação dos novos profissionais esteja voltada para a conscientização sobre a vida da população, conhecendo *in locu*, seus hábitos, suas limitações e suas potencialidades.

O objetivo é fortalecer o processo de integração dos alunos aos princípios do SUS, através de sua inserção nas unidades básicas de saúde, onde acompanham todas as atividades designadas aos seus profissionais, nas áreas de abrangência. Dessa forma, o SUS torna-se o cenário em que se pretende estabelecer uma relação do estudante com o futuro local de atuação, pois espera-se que, ao ser inserido no Sistema, este novo profissional já possua em sua bagagem conceitual e prática, a lógica que rege o funcionamento do SUS.

O Pró-Saúde foi responsável por aprimorar a relação entre alunos e serviços de saúde. Criado em 2005, numa parceria entre a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS/OMS), Ministério da Educação e Ministério da Saúde, potencializou a resolutividade aos problemas de saúde enfrentados pela população. Um dos seus eixos é a priorização dos determinantes de saúde e avaliação da atenção básica, principal porta de entrada do Sistema.

Outro aspecto relevante na aprendizagem, de acordo com a metodologia da problematização utilizada na disciplina PEC, em Lagarto, é a possibilidade de aprender fazendo, conforme defende o teórico Dewey, em que apresenta a importância da construção e reorganização de experiências que influenciarão em vivências futuras.

A disciplina PEC agregou abordagens que embasam teoricamente a ação dentro da comunidade, espaço onde as pessoas vivem, suas experiências sociais e sentimentos que se movem, dinamicamente, em direção ao processo saúde-doença. O convívio dos alunos com os usuários do SUS não os deixa imunes, de forma que a saúde ganha uma nova ressignificação para cada um que ali frequenta.

Ser professora de Saúde Pública em um campus especificamente da Saúde instigou aprofundar estudos sobre as práticas da equipe e compará-las com as estratégias apreendidas pelo SUS. A disciplina ministrada, PEC – Prática de Ensino na Comunidade –, propicia conhecer a comunidade através de visita semanal, durante todo o ano letivo.

A base do estudo inicia-se a partir da análise do conceito formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que amplia Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Embora tenha recebido críticas por se tratar de uma utopia e pela dificuldade de conceituação sobre o que é um estado completo de bem-estar, o conceito trouxe reflexões importantes sobre as condições de vida dos indivíduos e da coletividade, incluindo fatores ambientais.

Esta associação de elementos estimula estudos que sugerem muitos ramos de trabalho no campo da saúde. Em 1974, os determinantes ambientais ganharam relevância no Relatório Lalonde, em que o autor organizou as inquietações suscitadas no conceito formulado pela OMS, afirmando a existência de há quatro determinantes da saúde: biologia, ambiente, estilo de vida e organização da assistência sanitária.

É o primeiro relatório ocidental a considerar de forma enfática a fragilidade e ineficácia do modelo biomédico na assistência e seu baixo nível de resolutividade. O autor também reforça a ideia da corresponsabilização, isto é, a saúde depende de um conjunto de ações que inclui: atitudes do indivíduo e da coletividade; atenção especial do governo às áreas de maior vulnerabilidade; e a necessidade de diminuir as desigualdades sanitárias.

Juntamente às discussões internacionais, a partir da década de sessenta, instalou-se no Brasil um cenário de questionamentos sobre os tipos de adoecimento da população, fruto de um acúmulo de reflexões de décadas, culminando na construção de um sistema de saúde que procurou contemplar todos os aspectos discutidos nacional e internacionalmente.

Reforçando ser uma preocupação ampla, a Constituição Federal de 1988 dedicou alguns de seus capítulos à saúde, formulando princípios e diretrizes, conforme artigo 196º:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

E regulamentando o SUS, através da Lei 8080/1990, em que amplia a responsabilidade pela saúde por toda a sociedade: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. E ainda acrescenta:

“Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica dopaís, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990a).

Determinantes ambientais, o cotidiano da população e as condições do território onde vive são relevantes na nova concepção de saúde incluídas na legislação do país. O SUS é atualmente a maior política social do país. Ao longo dos seus vinte e nove anos tem avançado substancialmente.

A cobertura da assistência chega aos 98,8% dos municípios brasileiros. Além dos serviços de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica atingirem a quase toda população, a Estratégia Saúde da Família (ESF), sua principal frente de reorganização do sistema, atende a 66,6% da população brasileira.

Por sua vez, a Estratégia Saúde da Família deve mapear e registrar o nível de vulnerabilidade da comunidade, em cada território. Porém, entende-se que, entre a proposta do projeto SUS e o que acontece atualmente, há um caminho ainda a ser trilhado para se atingir o seu completo desempenho.

É sabido que, de uma maneira em geral, os determinantes ambientais caracterizados pelas desigualdades do país revelam a urgência de ações políticas, técnicas e sociais que tenham como base o princípio da equidade, a fim de elevar o nível de saúde da população, em que o território é a interseção corpo e lugar.

O Sistema é dividido em três níveis de assistência: alta complexidade (hospitais de grande porte para intervenções mais invasivas; média complexidade (atendimentos especializados, unidades de pronto atendimento e hospital-escola); e atenção básica (Estratégia Saúde da Família, consultas, exames e procedimentos menos complexos), onde está a ênfase do nosso estudo.

A ESF foi criada em 1997 como consequência do Programa Saúde da Família (PSF), considerado uma estratégia para reorientar o processo de trabalho, no nível da Atenção Básica, incluindo ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população.

O território evidencia as necessidades específicas de cada lugar por si somente e pela demanda revelada pela população. A territorialização da saúde é a inclusão da dimensão do território na compreensão de como a saúde é vivida no cotidiano pelos indivíduos e coletividade. As condições do território evidenciam as necessidades específicas de cada lugar. As pessoas e o território têm expressão e o contexto ambiental revela carências e potencialidades que podem definir modelos de ações mais efetivas.

O cotidiano dos indivíduos se estabelece em relações sociais, na família, na vizinhança e no trabalho, portanto, a partir de determinações sociais. Nele, também estão incluídas as relações com o lugar em que vivem. A relação com o ambiente físico nos leva a pensar que a saúde ambiental não é a saúde do ambiente, mas o ambiente da saúde. Deste modo, Saúde Ambiental se refere não só aos fatores físico-biológicos, mas também a fatores sociais que afetam a saúde das pessoas e que a poluição, a degradação e os problemas ambientais resultam de determinações sociais (SANTOS; LIMA, 2017).

A territorialização da saúde é a estratégia mais importante do SUS, visto que pesquisas apontam o potencial de resolutividade de 80% dos problemas no nível da Atenção Básica, desde que o território seja identificado por suas ofertas e demandas, incluindo condições objetivas e subjetivas. Por isso, o sistema preconiza a atenção básica como porta principal – não exclusiva – na entrada da assistência.

A territorialização da saúde inclui a divisão de áreas e microáreas nos municípios para oferecer às equipes de saúde maior conhecimento sobre as condições específicas de cada território. Sem desconsiderar a dinâmica adjacente, a territorialização da saúde possibilita a construção de processos de saúde mais efetivos juntamente pela proximidade dos grupos populacionais.

No entanto, o modelo biomédico, centrado no corpo e predominante na assistência, é um empecilho para o entendimento de que saúde é um conjunto de fatores. Destaca-se o número de usuários que buscam medicações diversas nas unidades de saúde, desde as mais simples às mais sofisticadas, como os psicotrópicos e neurolépticos. A percepção cuidadosa da equipe de saúde sobre o território pode contribuir para compreender essa corrida desenfreada em relação ao ab(uso) progressivo de medicalização generalizada da sociedade. Conhecer o território ajuda a entender que a doença vai além do corpo. É possível constatar como as iniquidades sociais e problemas ambientais limitam o bem estar. E a reversão destas questões não cabe em cápsulas.

Dados do território como exemplo, condições de moradia e saneamento eram registrados no SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica –, instrumento desenvolvido para acompanhar e monitorar as atividades da equipe de saúde da família, centralizados no Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde e DATASUS - Departamento de Informática da Saúde, onde os sistemas de informações tratam desde a atenção básica até os dados epidemiológicos de morbidade e mortalidade.

O objetivo principal era fornecer informações que fossem analisadas com profundidade e transformadas em ações. O SIAB foi criado para dar suporte à equipe de Saúde da Família, como outros sistemas que têm outros objetivos específicos.

O SIAB foi substituído pelo e-SUS AB em 2017, que ampliou a estratégia de coletar os dados sobre usuários, coletividade e território, qualificando o processo de informatização para futuro cadastro eletrônico único e nacional.

Há preocupações sobre os sistemas de informação e sua utilização. Baseado em leituras e relatos dos profissionais, o seu preenchimento nem sempre é fidedigno, deixando lacunas nas informações. O e-SUS deveria ser o alicerce da reorganização das práticas de trabalho da equipe, mas nem sempre se torna material confiável. Inclusive, os valores morais e religiosos da equipe interferem no preenchimento dos formulários.

Acompanhamos a equipe em visita aos domicílios e detectamos que no Cadastro Individual, os profissionais relatavam que não se sentiam à vontade para perguntarem sobre orientação sexual e identidade de gênero.

Portanto, o sistema é renovado, mas é a postura da equipe que define o que vai ser coletado e registrado ou não. A equipe apresenta-se mal instruída, distante da compreensão acerca da importância de cada uma das respostas dos usuários e registros sobre as condições territoriais. Além disso, a equipe não se utiliza nem dos dados que consideram dentro dos padrões morais e éticos como instrumento que ofereça informações relevantes sobre a comunidade adstrita. Desta forma, os dados tornam-se meramente cumprimento de rotina para atender à burocracia exigida pelas Secretarias e Ministério da Saúde.

A ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial mantém os dados sobre moradia, saneamento, abastecimento de água, destino do lixo, como no SIAB, mas se mantém fora dos conteúdos das práticas cotidianas das equipes. Bom será quando, além do rastreamento das

doenças, a equipe debruçar-se sobre os fatores que envolvem toda a vida daquelas pessoas, famílias e coletividade.

Além disso, algumas dimensões da conceituação de Saúde não são contempladas de forma efetiva. Os determinantes ambientais precisam ser visíveis nos documentos oficiais, embora estejam incluídos em grandes debates sobre o seu impacto à saúde. As complexidades ambiental e social devem ser articuladas de forma intersectorial e talvez por isso mesmo, não apareçam no cotidiano do trabalho da equipe de saúde, muitas vezes formada e convencida da relevância da dimensão biomédica da doença.

A proposta desta pesquisa trata de analisar como a equipe trabalha os determinantes ambientais que eclodem como algumas causas do adoecimento da população e a partir dos depoimentos, análise de prontuários e declaração da população, apresentar uma ação que dê resposta ao problema. Sabe-se que uma parte das doenças se relaciona com as condições dos territórios (tipo de espaço ocupado, fatores econômicos, sociais e psicológicos) em que as pessoas nascem e vivem. A ação antrópica provoca efeitos na relação entre saúde e meio ambiente. Definir as condições ambientais e sociais da população de cada lugar contribui para subsidiar as políticas públicas a serem desenvolvidas para o fortalecimento de bem-estar dos indivíduos e da coletividade.

As condições de vida da população estão firmadas como elemento chave da saúde. Os determinantes ambientais ocuparam lugar de destaque na OMS, OPAS e Brasil nos estudos sobre prevenção de agravos e promoção da saúde, principalmente a partir dos anos 2000, quando a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) – debruçou-se sobre análises dos determinantes ambientais e sociais da saúde para melhor compreensão sobre a geografia das doenças.

A Constituição Federal (CF) de 1988 criou o SUS e para os seus princípios serem garantidos foi necessária alteração na organização curricular tradicional dos cursos de Saúde. No novo modelo de assistência, a prevenção e promoção passam pelo território onde as pessoas vivem e tornam-se prioridades na atenção à saúde, colocando a cura – principal tarefa no modelo tradicional biomédico de assistência – em plano paralelo. Portanto, os fenômenos ocorridos no território são fatores que precisam ser amplamente estudados pelos atuais e futuros profissionais.

Por sua vez, a universidade, nos últimos vinte anos, tem discutido de maneira mais enfática o seu papel na formação profissional capaz de responder os problemas causados pelas

ações antrópicas e naturais. A Universidade Federal de Sergipe/Campus Lagarto (SE), campus da Saúde segue a missão da formação conectada com a realidade da população, inserida nos princípios do SUS.

Para isso, seus alunos têm atividades junto à comunidade desde o primeiro semestre do curso até o último ano de formação, a fim de que estes futuros profissionais sejam recursos humanos conciliáveis com a nova lógica da assistência proposta pelo Sistema, valorizando o território.

O projeto pedagógico do Campus Universitário Professor Antônio Garcia Filho, Lagarto/UFS utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Problemática. A necessidade da articulação entre ensino, pesquisa e extensão se dá diretamente no serviço de saúde nos três níveis da assistência.

Conforme se expressa nos projetos pedagógicos dos cursos de Lagarto, a presença dos alunos nas áreas periféricas do município propicia formação e futura atuação, como agentes dinâmicos, críticos e modificadores, com ênfase na coletividade e no Sistema Único de Saúde. A interiorização do ensino superior, garantindo metade das vagas a alunos oriundos das escolas públicas, trouxe para dentro da sala de aula pessoas que vivem naqueles lugares, onde a universidade chega e trazem experiências típicas da periferia sobre saúde e vida, que fortalecem o processo ensino-aprendizagem, em que todos aprendem e ensinam.

A proposta do Campus Lagarto torna o projeto pedagógico solidário ao projeto político da sociedade, na medida em que a integração dos agentes da universidade (alunos e professores) se unem aos agentes do município (usuários, profissionais da saúde e secretarias que abrangem a saúde da população) na construção de soluções para as demandas ali detectadas.

A ideia da ABP é apresentar uma situação-problema nos tutoriais (verdadeiras ou fictícias). Nela há uma história de vida, com nome de pessoas, reclamação sobre um assunto de saúde, um profissional que está preocupado com a falta de um material, uma vizinha que ensinou tal tratamento, etc. Assim, o tema a ser estudado em cada tutorial visa à reflexão de que a saúde deve estar contexto, o qual não pode ser desprezado, visto que ele pode modificar a visão do sujeito, em relação ao seu processo saúde-doença.

Da mesma forma, a Problemática se vale de uma situação-problema, mas não mais fictícia. Aqui, trata-se de um reconhecimento de território, onde o cotidiano da população é

observado pelos alunos, a partir das casas que visitam, pessoas com quem conversam sobre saúde, observação das moradias e do meio ambiente. A concepção do conceito de saúde é criada pelos alunos, não apenas pelos conteúdos dos livros, mas por experiências, surgindo uma concepção de saúde a partir de dados concretos de uma realidade, por eles vivenciada.

A territorialização da saúde é um pressuposto importante para o trabalho da equipe, estabelecido na Estratégia Saúde da Família e aparece na Lei 8080/90, que regulariza o SUS. Seu primeiro objetivo é “a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde” (BRASIL, 1990). O registro da vida cotidiana da população qualifica e reorienta o trabalho da equipe e sua relação com a comunidade, aumentando o nível de resolutividade nas questões do processo saúde-doença.

Em Lagarto, local desta pesquisa, percebe-se que a relação entre população e meio ambiente é frágil, reportando-se aos serviços básicos, destacando-se: desorganização da coleta de resíduos sólidos (lixo), exposição da população ao esgoto a céu aberto e falta de tratamento de água na maior parte do município.

Nosso trabalho desenvolvido no território desde 2011 constata, através de rodas de conversa, entrevistas e visitas domiciliares, a consciência dos moradores e usuários do SUS sobre a relação dos fatores ambientais com a saúde. Eles apontam, além dos problemas aqui citados, a falta de organização política dos moradores e o tratamento diferenciado pela prefeitura (Estado) em relação a bairros nobres e bairros pobres.

A palavra território aparecerá nesta pesquisa, primeiramente como a área de um espaço delimitado geograficamente (território-área), de atuação da equipe de saúde determinada pelo Ministério da Saúde, principalmente tratando-se de atenção básica. E na maioria das vezes, como o espaço em que as relações de poder estabelecem-se levando em considerações as dimensões econômicas, sociais e culturais, além de o Estado se impor como norteador, não só da divisão das áreas, mas também como as ações em saúde estipuladas como conduta, na assistência à saúde. De qualquer forma, nas duas formas estão implicadas a relação de poder e o sentido simbólico no uso do espaço territorial.

Em Lagarto, a comunidade convive com córregos de água fortemente contaminados (problema associado às doenças de vetores hídricos); a presença quase permanente de detritos nas vias urbanas e estradas (proliferação de roedores e outros animais transmissores de doença); o constante acúmulo de pó por ausência de varrição diária das ruas ou falta de calçamento, gerando problemas associados a doenças respiratórias.

Figura 01 – Via pública em Lagarto (SE)



Fonte: MACHADO, 2016 (Arquivo)

A solução dos problemas ambientais relacionados à doença não é questão específica de pequenos estados, mais pobres ou cidades como Lagarto. Estudiosos do mundo inteiro se dedicam à dificuldade de conexão entre saúde e determinantes ambientais da saúde.

Em 2005, a OMS criou a Comissão sobre determinantes sociais da saúde (CSDH), baseando-se que a distribuição da doença “não é aleatória e obedece à estratificação socioeconômica dos grupos populacionais” (PELLEGRINI FILHO et al, 2011, p.589). A distribuição espacial das morbidades evidencia o que a Geografia da Saúde descreve como questão de intersecção: espaço, saúde e sociedade (LIMA, 2016).

A pesquisa foi realizada em duas unidades de saúde básica, no município Lagarto (SE), incluindo entrevistas e acompanhamento aos membros da equipe de saúde em suas atividades de trabalho, durante os anos 2015 a 2017, embora eu eu trabalhe diretamente com as equipes de saúde da família e unidade básica de saúde, desde 2011, incluindo outras unidades de saúde do município.

Este trabalho busca conhecer as práticas da equipe de saúde e criar propostas para aproximá-la do processo saúde-doença relacionado aos determinantes ambientais, a fim de elevar a qualidade dos resultados epidemiológicos registrados no DATASUS, referentes ao município.

Em Lagarto, a morbidade de doenças parasitárias (9,1%) encontra-se muito próxima das doenças cerebrovasculares (10,5%). Se comparado ao município de Pirassununga (SP), que possui alto nível de qualidade de vida, Lagarto apresenta quatro vezes mais acometimento do que Pirassununga, que possui taxa de 1,9% de doenças parasitárias.

A Universidade Federal de Sergipe/Campus Lagarto tem o compromisso de formar profissionais no campo da saúde com uma visão holística do ser humano, levando em consideração seus aspectos psicológico, econômico, físico, social e cultural, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde.

As metodologias ativas utilizadas em Lagarto estimulam o aluno a ser protagonista do seu conhecimento, na medida em que provocam a autonomia durante todo o processo de formação acadêmica, além de proporcionar ao aluno conhecer a realidade em que futuramente estará inserido como profissional e por isso mesmo, durante todo o curso ele percorre todos os espaços em que a profissão lhe permite atuar.

O tema Determinantes Ambientais e Sociais da Saúde é conteúdo do primeiro semestre de todos os cursos do campus. A intenção de incluí-lo tão precocemente na grade curricular é levar o aluno a construir desde o início da sua formação o conceito de saúde ampliado, diferenciado do conceito proposto no modelo biomédico que impõe o corpo como centro da doença.

Partindo de que os determinantes ambientais da saúde são resultados da organização política, econômica, social e cultural de uma sociedade, o nível de qualidade de vida constatado nas comunidades, principalmente de baixa renda, reflete as decisões políticas que os governos nunca quiseram enfrentar.

É, portanto, esta pesquisa uma conjugação de aperfeiçoamento docente para melhor contribuir com a formação de alunos da Saúde, tendo como base mais próxima ao conceito de saúde proposto pela OMS e pelos princípios do SUS, como também um compromisso de oferecer um trabalho que discuta a inovação de uma nova lógica de se pensar a saúde em todas as dimensões que a cercam, enfatizando a importância do trabalho no território.

Para consecução da presente tese, foram estabelecidos objetivos com o intuito de melhor delinear métodos e procedimentos, tendo como referência unidades de saúde, no contexto municipal de Lagarto (SE) e seu ambiente.

Assim, o objetivo geral é analisar como os determinantes ambientais são trabalhados pela Equipe de Saúde da Família, dentro do território estabelecido como área de atuação na Atenção Básica, buscando concretizá-lo com os seguintes objetivos específicos: Pesquisar os suportes da Geografia da Saúde, considerando as características do território; Estabelecer relação entre as condições de vida e os determinantes ambientais da saúde; Averiguar como o território tem sido a base do trabalho da equipe de saúde; Identificar a territorialização como processo de reorganização do sistema de saúde.

Algumas questões emergem a partir da observação da atuação da equipe na atenção básica: A equipe se vê como equipe? Como a equipe valoriza o trabalho no território? Qual o significado do território para os profissionais de saúde? O que o profissional ouviu sobre área de moradores de baixa renda? Qual a relação do profissional com a desigualdade social? Estas e outras perguntas podem ser levantadas sobre as ações e reações dos profissionais da atenção básica.

A redação da tese foi estruturada obedecendo os campos regimentais, culminando na discussão de três capítulos. No primeiro capítulo, o desafio da implantação da Política Nacional da Atenção Básica na formação acadêmica dos profissionais da saúde, com a preocupação de compreender a base do sistema de saúde como um todo. No capítulo seguinte, trata-se o cotidiano da equipe na territorialização da saúde, enfatizando a relação entre ambiente e qualidade de vida. Por fim, um terceiro capítulo sobre a preocupação com os determinantes ambientais.

1- OBJETIVOS _____

1.1- Objetivo Geral

Analisar como os determinantes ambientais são percebidos, relacionados e trabalhados pela equipe de saúde, dentro do território estabelecido como área de atuação.

1.2- Objetivos específicos

- ▶ Buscar os suportes da Geografia da Saúde para ampliar o conceito de saúde;
- ▶ Estabelecer relação entre as condições de vida e os determinantes ambientais da saúde;
- ▶ Averiguar como o território tem sido a base do trabalho da equipe de saúde;
- ▶ Identificar a territorialização e territorialidades como processo de reorganização do sistema de saúde

2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Escola Político-Estatística da Geografia e a Escola de Geografia Pura precederam a Geografia Moderna, que nasce na segunda metade do século XVIII, no berço da filosofia de Kant (1724-1804) e do geógrafo Forster (1754-1794). O primeiro, no plano epistemológico; e Forster no plano teórico-metodológico (MOREIRA, 2009).

Forster trouxe da Antiguidade, de Estrabão (63.aC-63d.C) e de Ptolomeu (168d.C-100d.C), os estudos da paisagem descrita pelas relações sistemáticas, que formam o fenômeno regional, a construção matemática que se traduz em linguagem cartográfica. Do Renascimento, vem a geografia com duplicidade de métodos, que distinguia a geografia sistemática (leis que regem os fenômenos geográficos em sua totalidade) e geografia regional (a singularidade da região como fenômeno único e que ainda não se pode formular leis para locais que não foram estudados). Ele parte da geografia sistemática e chega à geografia regional, atualizando-se com a filosofia do século XVIII, prático-empírico (Ibid, p. 14).

Kant usa a Geografia para confirmar suas ideias sobre o mundo, sobre a natureza, valorizando o estudo do espaço. Forster conduz por duas vertentes: político-estatístico e geografia pura. As questões políticas na Alemanha e a fragmentação do território foram pontos de partida para seus estudos. Desde então, o território apresentava a complexidade das relações de poder que justificavam os interesses da Alemanha. A unificação do território teve grande influência na geografia. A escola político-estatística via a questão da fronteira da Alemanha como um marco político e a escola da geografia pura, como o marco físico (Ibid, p.15).

Forster é considerado o primeiro metologista da Geografia. Seu objeto de pesquisa era a superfície terrestre e usava o método da comparação através da paisagem como grande recorte de análise. Mas seus estudos iam além. Analisava como as condições naturais influenciavam na cultura dos povos e isso foi uma grande contribuição à Geografia Humana (HARACENKO; VITO, 2015), de onde surgiram tantas vertentes para melhor analisar a relação do homem com o território.

A noção corográfica (estudo geográfico particular de uma região) é seguida por Kant com a conversão da noção empirista da superfície terrestre na formulação conceitual do espaço geográfico. Para Kant, a percepção capta uma paisagem que já tem uma organização estabelecida em determinado espaço. Para ele, a geografia descreve e a história narra. A geografia é a percepção externa (física) e a história é a percepção subjetiva (interna). Kant

desvencilha o objeto da superfície terrestre e passa a ser o espaço, um saber descritivo, um saber baseado na percepção, a partir da experiência.

Em um segundo momento, Ritter (1779-1859) une as ideias de Kant e Forster, formulando a ideia de “individualidade regional”, em que a Geografia é uma ciência indutiva e dedutiva: descrição da superfície terrestre de cada região, ao mesmo tempo em que as várias descrições definem diferenças e semelhanças presentes nas diversas regiões particulares estudadas.

Humboldt (1769-1859) parte da globalidade da superfície, incluindo dimensões orgânica, inorgânica e humana. Ritter e Humboldt formularam questões de cunho geográfico e suas dimensões teórica e metodológica. Os dois de forma holística, vêm os fenômenos geográficos de forma integralizada, um partindo do todo e o outro, da parte (Ibid, p. 22). E por isso, eles são vistos como os precursores da Geografia.

Com a chegada do Iluminismo, a ciência promove na Geografia – e não somente na Geografia – o fenômeno da fragmentação do conhecimento e surgem a geomorfologia, climatologia e outras áreas.

A esta fragmentação, surge uma oposição que se traduz na criação da geografia humana, geografia física e geografia regional. Trazem em suas bases teóricas a necessidade de inter-relações. De qualquer forma, apresentam-se ainda em modelo positivista, quebrando o princípio holístico de eras anteriores, mesmo sendo uma crítica à fragmentação do conhecimento paradigmático da época.

As inter-relações continuaram importantes e a identificação com o cenário onde vive é uma necessidade básica desde os tempos da caverna, de acordo com os registros do homem em todas as épocas vividas, unificando de algum modo o homem e a natureza.

Ratzel busca a unidade na relação entre o homem e a natureza, mediada pelo Estado, conformando o território. Até o meio do século XIX, a escola alemã de Ratzel predominou com o determinismo ambiental, em que o ser humano tentou decifrar como os fenômenos da natureza poderiam influenciar em sua vida. Na segunda metade do mesmo século, a escola francesa traz o termo possibilismo, afirmando que o ambiente é apenas o fornecedor de possibilidades para as mudanças humanas (MONTEIRO, 1999).

Dois conceitos foram desenvolvidos por Ratzel: espaço vital e território, ambos ligados à ecologia, relacionando o homem ao meio ambiente. Segundo ele, o espaço é a base

indispensável na vida do homem e para o trabalho natural ou por ele construído, fundamental na história do homem, e, por isso, espaço vital. Relaciona-se às necessidades territoriais de uma sociedade em função do seu nível tecnológico. O segundo, o território, relacionado à apropriação de uma porção do espaço por um determinado grupo. A relação entre população e recursos naturais, mediada pelas condições técnicas ampliadas seria a base do Estado e por essa razão, as relações políticas transformam o espaço em território (CORREA, 2008).

Ratzel baseia-se na visão integrada de Humboldt e Ritter, direcionada para a política e afirma que o espaço é o meio de vida dos homens e para isso é necessário “um organismo que os integre em suas ações. Este organismo é o Estado. O chão espacial é o elo orgânico da unidade Estado-sociedade”. E assim, a necessidade histórica da incorporação de áreas ao território. Ou pela necessidade de garantir mais recursos naturais ou a invasão em território de outras sociedades para expandir áreas que garantam sobrevivência ou até mesmo mais do que se precisa, podendo gerar conflitos, ou uma relação de cooperação entre grupos (MOREIRA, 2009).

Ultrapassadas estas fases, o homem impõe o trabalho como sua própria capacidade de alterar a natureza, percebendo-se como parte exterior a ela e, portanto, o desafio passa a ser como ele poderá avançar na conquista de novos territórios e ampliação de sua exploração (MONTEIRO, 1999).

A Geografia - como tantas outras áreas de conhecimento – passou pelo processo histórico das manifestações científicas e intelectuais. A geografia moderna nasce alimentada pela filosofia do Iluminismo, em que a razão e a crítica passam a ser o guia da busca da verdade, deixando para trás a religião como pensamento predominante, como o foi na Idade Média, época em que a Igreja Católica dominava o conhecimento sobre o homem e a natureza, a partir da explicação religiosa.

O Iluminismo provocou em todas as áreas de conhecimento o desafio da cientificidade dos fenômenos. A ciência passa a ser o atestado do conhecimento e na Geografia, não foi diferente. As preocupações de Ritter eram as mesmas que ocorriam em todas as áreas de conhecimento: como explicar os fenômenos a partir de um método que pudesse ser sistematizado para outros estudos, seguindo os mesmos critérios?

Ritter apresentou uma organização corográfica da superfície terrestre, analisando cada parte específica e a partir daí, construiu dados comparativos entre as diferentes áreas da superfície terrestre, levando em consideração o que era peculiar de cada região

(individualidade) e o que era geral. A corografia ganhou sentido geométrico, contribuindo para a geografia aperfeiçoar a cartografia (MOREIRA, 2009).

Ritter reitera o princípio corológico (distribuição dos organismos no espaço) e aperfeiçoa o método comparativo: a Geografia localiza, descreve e depois compara, para fazer relação com outras paisagens.

A partir da segunda metade do século XX, a influência de Marx se estabeleceu mais fortemente na Geografia, traduzindo-se a partir de duas vertentes: Geografia pragmática e geografia crítica, que apontavam para concepções de mundos diferentes, diferentes posicionamentos e comprometimentos sociais diversos.

Na Geografia Crítica, a natureza é vista como modificada pela ação do trabalho do homem, que comanda a natureza. A Geografia assume um conteúdo político. Para Marx, o desenvolvimento científico altera a forma de relacionamento e exploração homem/natureza. Realidade é o que se conhece e o território é uma dada dimensão de espaço que tem poder. A dialética do sujeito e objeto se definem mutuamente. O olhar do sujeito muda e o objeto também muda. O resultado está no processo, pois na dinâmica histórica, as transformações são uma constante (Ibid).

A Geografia tem trazido reflexões importantes sobre o que é esse homem, em que lugar ele vive e quais as implicações das relações que se estabelecem, no momento em que ele deixa (ou não) de fazer (se sentir) parte desse ambiente. Dentre suas formulações conceituais, a Geografia retoma a discussão sobre o mito da “natureza hostil”, em que o homem é forçado a dominar a natureza, a fim de superar os obstáculos impostos pelos mistérios da natureza incompreensíveis pelo homem. E a partir do desejo de controlar o mundo natural, o homem passou a se sentir fora da natureza. (CASSETI, 2004).

O conceito de natureza externalizada nos ajuda a compreender como o homem se distanciou da natureza e por não fazer parte dela submeteu-se ao processo de alienação, imprescindível à legitimação, tanto da subjugação, como da apropriação privada da natureza. Da mesma forma, o princípio baconiano “Conhecer a natureza para dominá-la” passou a conduzir o objetivo da ciência no processo de novos conhecimentos científicos e tecnológicos a serviço do capital. A natureza como categoria estética passa à categoria econômica, através da exploração dos recursos naturais e sua apropriação privada leva a fins profundamente antiecológicos (Ibid).

A natureza passa a ser decodificada pela ciência e esta forma racional de conhecer o mundo distancia a intuição e o valor da experiência. Esta concepção está fortemente fincada em nossas ciências e em outras dimensões da nossa vida. A ciência passa a ter um papel fundamental nas construções políticas e pedagógicas, que valorizam mais a eficácia da sociedade do que sua felicidade (Ibid).

A fragmentação das Ciências Naturais e das Ciências Sociais não contribui para uma percepção holística do homem em sua relação com o meio ambiente. No entanto, as crises a elas referentes, como o exemplo da Geografia, que se estabelece a partir de formação dos geógrafos físicos e dos geógrafos humanos, oportunizou críticas e reflexões, que fizeram avançar o debate sobre a interlocução dos respectivos conhecimentos, resultando em uma concepção humanística, capaz de influenciar novos modelos de pensamento (Ibid).

E as questões não são em torno somente da geografia física e humana, mas também como a Geografia se coloca diante da ciência, necessitando explicitamente da formulação de um objeto de estudo, que lhe confira o status de ciência.

Santos (2012) afirma que o espaço é o objeto de estudo que leva em consideração suas categorias analíticas. Para o autor, “o espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”.

Correia (2008) aponta que o espaço faz parte dos conceitos-chave da Geografia, juntamente com território, paisagem, região e lugar. Ele acrescenta que cada um deles é enfatizado em cada tipo de estudo e isso tem fortalecido a Geografia como ciência.

O aprofundamento teórico sobre a categoria território contribuiu para esta pesquisa, em que se formula, de acordo com diretrizes do SUS, a relação da equipe de saúde, juntamente à população e ao território, que se tornou fundamental para o conceito de saúde ampliada, enfatizando-se a prevenção de agravos e promoção da saúde.

2.1– O território no campo da Geografia da Saúde

O território é uma das categorias do estudo na Geografia. De acordo com Haesbaert (2015), as primeiras concepções de território estiveram ligadas a duas vertentes que se opuseram: território naturalista e concepção etnocêntrica de território.

O território naturalista – o território físico, material, oferece recursos para a sobrevivência, como algo inerente ao próprio homem, quase sua continuidade. E por isso, a expansão territorial representa a necessidade de conquistar novos espaços para o homem garantir e usufruir mais e mais da natureza. Ainda nesta concepção, a visão sagrada do território, interpretada por seus ocupantes, como o local que determina a própria existência, numa relação de equilíbrio e harmonia entre homem e natureza.

A segunda concepção, uma visão etnocêntrica, o território é uma construção puramente humana e está associado a um espaço, onde o poder se consolida e que mantém a coesão social. Tem o homem como centro das decisões. As dimensões cultural e política são levadas em mais consideração do que a dimensão econômica, nas duas formas de concepção, pois o território carrega a ideia de controle, domínio e apropriação muito mais do que a ideia de uso e função econômica. O poder é a palavra-chave do conceito de território, baseando-se em como funcionam as relações que ali se estabelecem, muito mais apropriação política e/ou simbólica do que a ideia de uso ou de função econômica (Ibid).

A Geografia como as outras ciências busca o aprofundamento do estudo dos seus objetos de estudos, na tentativa de cada vez mais dar respostas aos fenômenos da natureza e sociais. O avanço da ciência tem provado a importância dos estudos sobre as peculiaridades e particularidades do objeto e ao mesmo tempo a necessidade de uma visão global sobre o fenômeno, levando-se em consideração as dimensões que o influenciam ou afetam, seja física, biológica, social e cultural, sem as quais é impossível uma análise bem embasada e frutífera.

A globalização, a quantidade de informações e o modelo de sociedade capitalista em que se vive atualmente une as concepções apresentadas por Haesbert (2015), em que o homem apropria-se do meio físico para ampliar seu campo de exploração e este mesmo homem não vive sem estar com outros homens, construindo relações interpessoais e laços afetivos, que vão desde uma sociedade em que um grupo domina outro grupo ou outro modelo de sociedade em que o poder é diluído entre seus componentes.

O geógrafo Sack reafirmou esse conceito e definiu territorialidade como “a tentativa de um indivíduo ou grupo de atingir, influenciar ou controlar pessoas, fenômenos e relacionamentos, através da delimitação e afirmação do controle sobre uma área geográfica”. A relação entre espaço e indivíduos se dá muito mais pelo controle e dominação do que por sua apropriação. Os fatores são inúmeros, incluindo a falta de participação da população nas decisões, locais e em outras escalas; a falta de crença no poder pessoal e coletivo; ou falta de historicidade sobre os elementos que ordenam ou seduzem o controle político por grupos econômicos e/ou políticos (Ibid, p.119).

Haesbaert (p.121) ainda afirma que a dominação do espaço fortalece as desigualdades, enquanto a apropriação permite o fortalecimento das diferenças nos/entre os grupos, atendendo às demandas do grupo. A reapropriação é um processo e tem como consequência a reterritorialização, dando sentido coletivo, com dimensões funcional, simbólica e afetiva.

Para Souza (2015), as ligações afetivas e de identidade explicam o surgimento, como tomar ou manter o território, basicamente caracterizado pelas relações de poder que perpassam naquele espaço, entretanto, fundamental é conhecer quem domina, quem é dominado e como isso acontece e onde se volta no tempo para maior compreensão do processo historicamente construído.

O território é o resultado de correlação de forças não somente internas, mas de outras territorialidades, de outras escalas, ou entre elas. As subjetividades e intersubjetividades são constituídas pela influência multiterritorial, em que os grupos detentores do poder, reproduzem suas influências desde a esfera local à global e vice-versa.

O termo território “pode ser associado a *terra pertencente a*, ou seja, *terri* (terra) e *torium* (pertence a), de origem latina; a segunda, associada à primeira, *terreo-territor* (aterrorizar-aquele que aterroriza) designou a concepção política de quem aterroriza para dominar e de quem é aterrorizado”. A sua origem relaciona-se ao poder que se estabelece entre homem e natureza e homem sobre homem. (PEREIRA; BARCELOS, 2006).

Além das características geoecológicas, recursos naturais e fatores sociais, para se conhecer o território é necessário interpretá-lo enquanto instrumento de manutenção, conquista e exercício do poder (SOUZA, 2008). Complementa-se a isso o conceito de território assumido pelo Ministério da Saúde que se refere às ideias de Milton Santos, nas quais ele afirma que “território é o espaço usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço

vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições” (BRASIL, 2007b).

A Geografia Crítica contribuiu para aplicar a base marxista ao espaço como elemento que gera dinâmica para a paisagem geográfica (CAMARGO, 2012). Apresenta a ciência com o papel essencial de renovar as teorias, visto que são incompletas e vulneráveis. A noção de paradigmas pertence à história e se impõe ao mesmo tempo em que os movimentos históricos de fundo. Isso contribui para o espaço (SANTOS, 2002).

Paulo Freire afirma que “ao transcender a natureza, o homem se faz sujeito, condição inerente à sua própria constituição como ser histórico, que só se constrói, de modo social, na relação com os demais seres humanos.” O sujeito constrói sua humanidade no embate com a natureza e com os outros seres humanos. (PARO, 2001).

Questões ambientais surgem em um território carregado de correlação de forças, entre grupos que ali se constituem, instalam-se, apropriam-se ou dominam, reproduzindo disputas, construindo e desconstruindo valores que geram novas subjetividades e novas territorialidades.

O sistema de saúde se apropria do espaço geográfico e, de certa forma, controla e influencia a ordem da saúde da população. O modelo de organização e reflexão dos grupos que ali compartilham vivências, experiências e saberes, sejam professores, trabalhadores da saúde, alunos, escola e comunidade em geral fazem parte de um esquema estabelecido (consciente ou não) que, dependendo da correlação de forças ali instalados, pode direcionar para novos olhares em um território que naturalmente é dinâmico.

Estudos de saúde a partir do território aproveitam o que a Geografia apresenta em quatro dimensões entrelaçadas entre si: 1- A dimensão política refere-se às relações de poder ali estabelecidas, para organizar o espaço, com determinada finalidade; 2- A dimensão cultural é a apropriação de um grupo, valorizando o espaço a partir de um significado individual ou social; 3- A dimensão econômica consiste em fonte de recursos, das classes sociais e na relação capital-trabalho. É a sistematização da exploração da natureza pelo homem e dos homens pelos homens e como o ambiente se torna parte do processo saúde-doença, quando ; 4- A visão naturalista do território considera o homem próximo aos outros animais no espaço natural, como se cada território fosse suficiente para estabelecer-se como tal (Ibid).

O reflexo de tantas condições e influências reforça o conceito de espaço geográfico como uma “associação entre os sistemas de ações e os sistemas de objetos que se torna a própria explicação do que é o espaço-tempo de cada lugar” (CAMARGO, 2012).

Território é o eixo principal – não o único – do cuidado da saúde. É um elemento fundamental para as transformações desejadas. O SUS, seguindo a tradição de estudos de séculos, valoriza a intervenção no território, a fim de que se possa mais promover saúde do que tratar e curar doenças.

O mapeamento do território é muito importante para o planejamento de saúde. A paisagem ao redor da unidade de saúde (mais conhecida como postinho de saúde) revela características que certamente diferenciam cada lugar onde o SUS se instala.

No entanto, existem componentes da vida viva no território não revelados no mapeamento de cada lugar. A evolução do mapa no mundo geográfico, cada vez mais se aproxima de uma linguagem que incluem aspectos físicos, objetivos e subjetivos, mas ainda perdem as referências da dinâmica da população, onde se conta sobre o cotidiano, a história sobre o tipo de vida que a população leva, suas peculiaridades e funcionamento, que nem sempre podem ser traduzidos cartograficamente.

No estudo sobre a Atenção Básica, o segundo componente trata do trabalho da equipe de saúde. Refere-se às concepções que os trabalhadores da saúde têm sobre o território, que podem ser classificadas por aqueles, como um lugar sem nenhum sentido para a saúde ou pode ser uma fonte de dados e recursos importantíssimos para a formulação de intervenções sobre saúde, ou simplesmente o lugar em que as pessoas residem.

Enfim, a tese proposta investiga a dinâmica do território de duas comunidades localizadas no município Lagarto (SE), a relação entre a percepção dos profissionais da saúde da Atenção Básica sobre o território e os determinantes ambientais, cujas características condicionam a uma reprodução social, a partir das condições de vida daqueles territórios.

Historicamente, os determinantes ambientais e aspectos do território foram incluídos como fundamentais para o nível de qualidade de vida. E neste aspecto, a Geografia teve importância para ampliar o conceito de saúde. Na Antiguidade Clássica, a obra “Ares, água e Lugares” de Hipócrates (480 a.C) mostrou a importância dos aspectos ambientais para a saúde e é considerada a primeira obra da Geografia Médica e mais tarde, Geografia da Saúde (VIEITES, 2014).

Hipócrates levanta ideias sobre a relação entre a saúde e os lugares, além da necessidade da participação do Estado em áreas menos privilegiadas, promissoras de doenças. Já se detectava que diferentes condições de vida levavam à qualidade de vida distinta, de acordo com as características dos lugares (Ibid). A geografia da saúde remete-se a Hipócrates porque ele buscou as doenças no espaço geográfico (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014).

A explicação racional da doença surge na Grécia Antiga, com a medicina (pré) científica. A Idade Média, o dualismo corpo x espírito, em que o corpo humano se torna natureza divina passa a retroceder a concepção de doença para o plano mítico e de transcendência. Vem daí a força do cristianismo até a atualidade (CZERESNIA, 2009).

Se a Igreja Cristã passa a deter o poder da cura, há um retrocesso do conhecimento sobre o adoecimento: castigo divino, cura pelo divino. Essa concepção segue até o século XIX (Ibid), e de uma certa forma, até os dias de hoje, quando expressões: O que eu fiz para merecer essa doença, se eu ficar bom, prometo nunca mais... são conhecidas por todos.

Outras obras corroboraram a relação estreita entre saúde e território, mostrando alguns aspectos da relação homem-saúde-doença durante todo o percurso da história do conceito de saúde. No século XVII, Graunt analisou as diferentes causas dos óbitos, relacionando-os com os distintos bairros onde viviam aquelas pessoas; no século XIX, esse tipo de estudo se multiplicou. Villermé concluiu que a mortalidade estava diretamente associada ao nível de renda; Snow partiu da saúde do corpo individual para o corpo social e encontrou características similares das populações que ocupavam o mesmo território; Engels escreveu “Condições da classe trabalhadora na Inglaterra”, em que expõe a relação do adoecimento com as condições de sujeira dos bairros londrinos; Farr chamou a atenção para os bairros saudáveis e os bairros não saudáveis; Chadwick escreveu “As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha”, que originou medidas de saúde pública nas nações britânicas (SCLIAR, 2007).

Os fatores externos – microrganismos; agentes químicos e físicos; fatores sociais, de risco à saúde afetam o equilíbrio psíquico-somático do corpo. Isto é uma compreensão baseada em Hipócrates, para quem o processo saúde-doença se estabelece numa relação de equilíbrios, o equilíbrio interno e o equilíbrio externo.

Essa ideia estendeu-se até a revolução bacteriana, no final do século XIX. A partir da invenção do microscópio, a descoberta de microrganismos anunciava outras proposições

sobre doença, provando que a doença era fruto de agente biológico. O período foi marcado pela unicausalidade, na dimensão da natureza externa ao organismo humano. Ainda aqui, a dependência do meio continua sendo a base da compreensão do processo saúde-doença de populações (MENDONÇA, 2014).

Entre os séculos XVIII e XX, o clima é considerado um dos fatores mais importantes para a determinação do adoecimento. Tornou-se hegemônico como determinante de moléstias. No entanto, o clima, parte do estudo da geografia, encontrava-se na biologia e medicina, até o final do século XIX. A geografia não estava no domínio dos geógrafos, que até então, não tinha status de ciência (Ibid).

Com a criação da Faculdade de Medicina no Brasil, em 1808, a geografia das doenças enfatizavam clima, relevo e vegetação (JUNQUEIRA, 2009).

No Rio de Janeiro e Bahia, no final do século XIX, nas faculdades de medicina, a ênfase dos estudos estava nas políticas de higienismo, epidemias e doenças transmissíveis. No controle de doenças tornou-se necessário identificar os elementos do meio que condicionavam as epidemias que atingiam todas as classes sociais e impulsionaram ações contra a malária e Revolta da Vacina (MENDONÇA, 2014).

Na década de trinta, a Geografia Médica ressurgiu com a Teoria da tríade ecológica: hospedeiro, agente e ambiente, seu desequilíbrio seria a causa da doença. Isso ganha consideração, pois leva em consideração as questões físicas e sociais, que criam ambiente vulnerável. A multicausalidade parte de que um dos fatores pode ser o desencadeador da doença (JUNQUEIRA, 2009).

O interesse em avançar na interiorização da Amazônia e Centro-Oeste, na década de cinquenta e subsequentes, resultou na união de médicos e geógrafos e culminou na publicação do livro *Introdução à Geografia Médica no Brasil*, que resgatou discussões sobre geografia e saúde (Ibid).

O conceito de território para a Geografia da Saúde é o “resultado de acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS et al, 2002), enfatizando a importância do reconhecimento do território e a identificação das características de problemas da população: culturais, econômicos e sociais. (CZERESNIA, 2001).

Na década de quarenta do século XX, Sorre, geógrafo, construiu uma base conceitual da Geografia Médica, com natureza interdisciplinar, partindo de uma interpretação ecológica, em que incluía o meio natural, o meio vivo e o meio social (FERREIRA, 1991). Construiu um paradigma sobre a dimensão geográfica das doenças. O meio social era uma inovação para os parâmetros da época, até então excluído das análises (MENDONÇA, 2014).

O meio social é absorvido por outros pesquisadores nos estudos relacionados à saúde, como Josué de Castro, médico com doutorado em Geografia Humana. Em “Geografia da Fome” o autor mostra as questões relacionadas à fome não como um fenômeno natural somente, mas integra os fatores sociais aos seus conceitos. Ele foi importante, pois contribuiu para a compreensão geográfica da manifestação das doenças. Passa de uma concepção hegemônica de Geografia Médica – atenção à espacialidade das doenças – para a perspectiva da Geografia da Saúde (Ibid) que além da espacialidade da doença avança para os aspectos do estilo de vida da população e questões sociais (LIMA, 2016, p.78).

Com o enfraquecimento da hegemonia do positivismo como perspectiva científica e a ascensão das ciências sociais houve o fortalecimento de outras perspectivas analíticas de processos naturais, sociais ou híbridos, florescendo o sistemismo, humanismo e marxismo (MENDONÇA, 2014).

A Geografia Crítica de Milton Santos define espaço como fruto das relações sociais e da apropriação da natureza pelo homem, integrando homem e ambiente. As doenças passam a ser relacionadas a fatores socioeconômicos. Estas concepções contribuíram de forma relevante para a Geografia Médica ampliar suas dimensões e passou a ser chamada de Geografia da Saúde, que compunha muito mais fatores do que somente os fatores biológicos (JUNQUEIRA, 2009).

A Geografia Médica passou a ser Geografia da Saúde, em 1976, quando as questões envolvidas como educação, moradia, saneamento básico e outras, foram incluídas na Geografia Médica. Portanto, a denominação ampliava a concepção da relação da doença com espaço geográfico (Ibid).

A Geografia da Saúde acompanhou a tendência do movimento de saúde dos anos setenta. Na Saúde, o Movimento da Reforma Sanitária transfere o debate sobre doença para a ênfase em saúde, incluindo aspectos ambientais, políticos, culturais e sociais. Na Geografia, o abandono da perspectiva positivista, substituída pela influência marxista que influenciou

autores nas décadas de 1970 e 1980 e a Geografia da Saúde passa a analisar a espacialidade da doença como resultado das desigualdades e iniquidades sociais.

Na contemporaneidade, estudos de diversas áreas de conhecimento refletem essa preocupação e várias alternativas são criadas, dentre elas, alguns instrumentos que qualificam o grau dos fatores que influenciam na saúde ambiental. A Saúde Pública produz saberes, conhecimentos e práticas que envolvem interação entre a saúde e os determinantes ambientais, incluindo o saneamento, mudanças climáticas, depredação do meio ambiente, iniquidade socioeconômica e falta de infraestrutura sanitária. (SOUZA et al, 2015).

Na Geografia, o estudo sobre território ajuda a compreensão do campo de forças, uma teia construída, onde as relações de poder estabelecem-se a partir de quem tem poder sobre quem (SOUZA, 2008). Na saúde, as forças políticas que envolvem o território são principalmente o Estado, diante das condições ambientais e a frágil participação popular nas decisões.

A apropriação do espaço transforma-o em território, com limites e determinações, impondo a representação de poder, que extrapola as condições naturais (LIMA, 2016, p. 36). A doença passa a ser entendida como uma construção social que depende das condições individuais e coletivas, na correlação de forças entre grupos populacionais, estrutura social, trabalho, cotidiano e política.

O território é o chão e mais a população [...], o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população (SANTOS, 2001, p. 96).

O bem-estar apregoado na saúde inclui fatores geográficos, pois os caminhos percorridos pela sociedade transformaram a natureza, produziu novos espaços e os estudos refletem a necessidade de incluir o ambiente como parte do processo saúde-doença.

A dimensão social da saúde, influenciada pelo avanço das ciências sociais, amplia a compreensão sobre as causas das doenças e como o espaço onde elas ocorrem têm uma convergência da geografia física com a geografia humana. A multicausalidade é o resultado dos ambientes vulneráveis, questões físicas e sociais (MENDONÇA, 2014).

A Geografia da Saúde integra fatores geográficos da doença e gestão dos recursos da saúde, no SUS. Conserva os antigos pilares da geografia médica e os novos princípios da

transdisciplinaridade (Ibid), que se ocupa de um olhar que passa entre, além e através das disciplinas geografia, ciências sociais, biologia e medicina.

A Geografia da Saúde apresenta-se com proposta de desenvolver processos teórico-metodológicos e se divide em dois campos: nosogeografia – distribuição espacial das questões do processo saúde-doença; e geografia dos serviços de saúde – distribuição e planejamento da infraestrutura, dos recursos humanos do sistema de atenção, orientações políticas e comparação com os sistemas internacionais (Ibid).

A Geografia, como as outras ciências, tem vivido o paradoxo entre a especialização, a interdisciplinaridade e as novas construções possíveis. A partir da década de oitenta a geografia foi marcada pela perspectiva marxista, de Milton Santos (CZERESNIA, 2001). Atualmente, a geografia crítica é uma das possibilidades teóricas, mas outros debates levaram a geografia para outros campos interdisciplinares de reflexão.

Dimensão da espacialidade da saúde trazida pela Geografia foi também de relevante importância para ampliar o conceito de saúde e perspectivas de ações que atendam às demandas da atualidade, em que o território é a base central do sistema de saúde vigente. O território é onde acontecem a interdisciplinaridade e os processos de serviço de saúde, que podem ser os tradicionais oferecidos pelo sistema ou outras alternativas pertinentes à cultura popular.

Por conseguinte, a Geografia da Saúde envolve sociedade e natureza e suas problemáticas socioambientais. É preciso rever a essência do domínio dos saberes da espacialidade da doença, reconhecida com novos olhares de uma sociedade dinâmica e com propostas que ultrapassem saúde do ponto de vista da doença e avance para as questões sociais e ambientais que a prevenção de agravos e a promoção de saúde se apresentam como transformadores no campo da saúde.

No campo tecnológico, abrir-se para novas propostas, como o geoprocessamento e as práticas integrativas que levam em conta todo o conhecimento da população sobre plantas, corpo e crenças, oriundos de culturas milenares que tratavam seu povo com instrumentos não contemplados no mundo da ciência.

Na prática institucional do SUS, o monitoramento das condições ambientais e de saúde vem sendo realizado pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental do

Ministério da Saúde, através de instrumento adotado pela Organização Mundial de Saúde (SOBRAL; FREITAS, 2010).

O SUS tem como prioridade a Atenção Básica e o território em que as pessoas vivem. A Epidemiologia mapeia os espaços e a distribuição das doenças das coletividades humanas, neles ocorridas, incluindo as que são decorrentes de seus determinantes socioambientais e ainda aplica os estudos no controle dos problemas de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

A Geografia da Saúde é identificada como uma abordagem que enriquece a dimensão social e ambiental da saúde, renovando a Epidemiologia, promoção da saúde e preocupação com o território. Seu compromisso é estudar o território como consolidação da política nacional de saúde e a redução das desigualdades. A Epidemiologia tem contribuído com a análise das relações entre saúde e os fatores socioeconômicos, tipo de população e situação de saúde dos grupos de determinado território (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014, p. 7).

Indicadores de saúde dão subsídio à análise: da situação do momento; comparação entre os dados de lugares diferentes; e das mudanças que ocorrem ao longo do tempo (ROQUAYROL, 2012, p. 325).

Aspectos do meio físico, climático, estilo de vida, modo de trabalho e o cotidiano que inclui abuso de álcool, atividades e exercícios físicos, e tipo de alimentação formam o contexto ambiental que explica o processo saúde-doença, explicitando as demandas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

O fato da geografia científica e Epidemiologia nascerem no meado do século XIX, ambas deparavam-se – e ainda se deparam – com questões e dicotomias como homem/natureza; corpo anátomo-fisiológico/corpo social; limites da natureza/potencialidades das ações antrópicas (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014, p. 72).

A epidemiologia se distinguiu de outras disciplinas que estudam população pelo fato de seu objeto ser a relação entre população e saúde, além das teorias causais das doenças. O território, uma das categorias da geografia, passou a ser analisado no campo da saúde como um espaço de relações desiguais, associado às posições ocupadas pelos grupos sociais, no espaço social. Por isso mesmo, o objetivo da geografia da saúde é contribuir para a consolidação do SUS e a redução das desigualdades sociais (Ibid, 73).

O SUS, desde a sua criação na Constituição Federal de 1988, vem reestruturando os seus serviços, dando à Atenção Básica o maior papel para a resolução dos problemas de saúde. A ESF é a sua principal ferramenta. O território é a base da nova estratégia. A proposta é ter uma equipe de profissionais (eSF – equipe de saúde da família) dedicada a um grupo de moradores e, junto a eles, como parte de suas atribuições, seja possível detectar os aspectos ambientais e sociais que contribuem para o processo saúde-doença.

O território físico é todo mapeado para subsidiar a política de saúde, que leva em consideração todas as características do espaço geográfico em sua abrangência. Tem como base as conceituações sobre as diversas categorias: natureza, sociedade, momento político-histórico-econômico daquele lugar, cultura e subjetividade humana (SUERTEGARAY, 2002).

O território passa a ser o ponto chave em três aspectos da nova política: o primeiro diz respeito aos determinantes e condicionantes de saúde que extrapolam a dimensão física e mental, e se alojam num território investido de aspectos geográficos, ambientais, econômicos, sociais, políticos e culturais; o segundo, a reorganização do serviço através das unidades básicas de saúde (os antigos postos de saúde) localizadas nos bairros residenciais, a fim de facilitar o acesso da população e também aproximar o Estado das diferentes realidades locais, demarcando microáreas de atuação; o terceiro – o aproveitamento dos recursos e equipamentos sociais existentes no território, onde se estabeleçam relações horizontais entre todos os protagonistas a que ele pertençam: instituições religiosas, centros comunitários, quadras, centros de formação, escolas e outros.

Embora a Saúde ainda se encontre impregnada do modelo biomédico, enfatizando o corpo como principal objeto da relação homem-saúde, a espacialização da saúde é afirmada pela territorialização da saúde, avançando em três aspectos importantes: demarcação da área de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, da população e dinâmica social existentes nas áreas; e estabelecimento de relações intra e intersectoriais (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

O território é central nos princípios da saúde ambiental, que pressupõe a saúde como construção social, levando-se em consideração todos os recursos e fragilidades que tornam o sujeito e a coletividade parte de um processo que se estabelece dentro de determinado espaço. Deste modo, Saúde Ambiental refere-se não só aos fatores físico-biológicos, mas também

fatores sociais que afetam a saúde das pessoas e que poluição, degradação e problemas ambientais resultam de determinações sociais.

No entanto, as construções sociais, de acordo com Souza (2008), resultam em territórios que existem, são construídos e desconstruídos. A territorialização, desterritorialização e reterritorialização são processos que acompanham a dinamicidade do território, apresentando como é possível novas formas de vivência, que transformam as relações de poder que permeiam determinado espaço.

As condições como a qualidade da água para consumo humano; solos contaminados, a partir de contaminação do lençol freático; poluição atmosférica; e contaminação de agrotóxicos e outras substâncias são o foco dos estudos sobre os aspectos do território onde a população vive. Esta pesquisa trilha o caminho que aponte o fortalecimento da prevenção de agravos causados pelos determinantes ambientais e a promoção da saúde através da intersetorialidade, como forma de trabalhar o problema de saúde, nas dimensões que afetam o cotidiano dos sujeitos.

A produção do espaço urbano (tipo de moradias, desemprego, desnutrição, doenças parasitárias, alergias, saneamento e outros) inter-relaciona-se com a geografia, epidemiologia e estrutura social. No entanto, os indicadores de saúde aparecem no trabalho burocrático da equipe de saúde, ao mesmo tempo em que são invisíveis ao seu planejamento. O compromisso com a confecção de mapas enviados aos órgãos estatísticos, mensalmente, não é o mesmo que aparece na forma do trabalho cotidiano.

O território é o eixo principal – não o único – do cuidado da saúde. É um elemento fundamental para as transformações necessárias e urgentes. O SUS, seguindo a tradição de estudos de séculos atrás, valoriza a intervenção no território, promovendo saúde e prevenindo agravos, a fim de que as doenças se instalem.

Camargo (2012) apresenta uma reflexão muito importante, referindo-se ao olhar dirigido à reorganização do trabalho em saúde. Depende de como se vê a realidade e como se possa romper com a dimensão simbólica e antigos paradigmas sobre educação construtiva, paisagem da pobreza, percepção do entorno, visão global dos eventos, miséria econômica que em geral relacionam-se com a miséria cultural, meio ambiente degradado e menor consciência ambiental.

A partir dessas reflexões, o território é percebido como um espaço amorfo ou um espaço onde acontecem fatos que influenciam a vida das pessoas, no qual há uma dinâmica própria. A maneira como a equipe de saúde percebe sua atuação vai definir como o território será incorporado na prática do seu trabalho, definindo inclusive, se o seu lugar de trabalho é dentro do posto de saúde ou se é vivenciando a dinâmica do território que tem problemas, recursos, centros comunitários, lideranças, escolas, diversos tipos de construção, todos estes espaços em que perpassam o processo saúde-doença-cuidado.

A territorialização é a forma de habitar o território, corporificar os saberes e práticas. Em tradução para um trabalho profissional, a equipe de saúde deve explorar e se movimentar nas dimensões econômicas, políticas e culturais, dando significado a cada estrutura daquele lugar (FIOCRUZ, 2009).

O território dá sentido ao conceito de saúde apregoado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que “saúde é um completo bem-estar físico, social e não apenas a ausência de doença”. Portanto, nível de satisfação, medo, alegria, angústias, acolhimento, tudo isso é vivenciado no lugar onde se vive e contribui com a saúde do indivíduo e coletividade.

O processo saúde-doença se constrói no cotidiano, onde as pessoas vivem e onde compartilham a vida social. Solidariedade entre familiares, vizinhos e instituições criam vínculos territoriais, que significam territorialidades. No entanto, essa vida cotidiana está incluída em contextos regionais, nacional e internacional (LIMA, 2016).

Dialeticamente, o mundo globalizado interfere na vida local de alguma maneira e esse cotidiano que se traduz no dia a dia, com solidariedade e conflitos, em determinado local tem o mundo ali, que se encontra em toda parte (SANTOS, 2001). Mas não há como padronizar todos os lugares. O local terá sempre suas diferenças diante dos demais e a equipe deve estar atenta às influências externas, mas que mantém algo que o faz um lugar único.

Se o profissional incorpora conceitos e dinâmicas do território, ele o internaliza como peça fundamental do seu trabalho, percebendo a necessidade de transformar aquele espaço e, ao invés da super valorização dos relatos levados para dentro dos ambulatórios, o profissional vai estar no lugar onde o usuário vive o seu cotidiano, construindo o seu processo saúde-doença.

O interesse de curar, ação prioritária do profissional formado no modelo biomédico, dá lugar ao trabalho conjunto da equipe e população, em todos os seus espaços. Desta forma,

instala-se tanto o processo de corresponsabilização da saúde entre usuários e profissionais, quanto um dos princípios da PNAB, consagrando o vínculo entre eles, como um dos aspectos mais importantes da humanização em saúde, apregoado na Política Nacional de Humanização.

Continuidade de ações e longitudinalidade do cuidado previstas na PNAB (2017) fortalece o processo de territorialização da saúde, que segundo Lima (2016): “territorializar pode significar colocar algo no território, por exemplo, a saúde”. Aproximar a equipe da realidade dos usuários – muitas vezes tão distinta do lugar de origem daqueles profissionais – possibilita a criação de respostas conjuntas que atendem efetivamente às demandas da população e não algo idealizado que caia como fórmulas mágicas que frustram profissionais pelo insucesso, imobilizando-os para novas ações.

Muitas ações programadas com toda a dedicação dos profissionais não alcançam os resultados esperados devido à falta de conhecimento, por parte da equipe, sobre os interesses reais, quando se trata de atenção individualizada ou coletiva.

Resolutividade é também territorializar a saúde. Dar conta da grande maioria dos problemas de saúde, ativando as redes de atenção à saúde, quando exigir maior complexidade é tarefa da equipe da atenção básica, quando se tem clareza sobre o princípio da integralidade.

Territorialização da saúde se dá através da análise social: revelação das subjetividades, necessidades e possibilidades; estratégias no processo saúde-doença-cuidado; diagnóstico das condições de vida dos indivíduos e coletividade; e conhecer as forças multiterritoriais que influenciam naquele lugar (SOUZA, 2008). É preciso ouvir os sujeitos e Lima (2016) acrescenta que é preciso também ouvir o território.

As informações obtidas exclusivamente nos ambulatorios são insuficientes para dar respostas eficazes. É preciso conhecer os contextos ambientais do lugar que os [eventos] produz, para promover estratégias consequentes e eficazes” (Ibid).

A reforma sanitária “estabeleceu a constituição do território como um trunfo da luta política pelo comando do setor de saúde pelo Estado” (GUIMARÃES, 2014). Em consequência da territorialização da saúde, podemos ter um mapeamento, não só da dimensão espacial e dados demográficos, mas além disso, conhecer as dimensões simbólica e afetiva que permeiam o território, a partir de diferentes experiências vivenciadas que caracterizam a diversidade de cada território.

Dessa interação constante entre múltiplas escalas e territórios, surge o uso do termo rede, que contribui para entendermos a articulação entre territorialidades. A sociedade tradicional era mais enraizada e a sociedade contemporânea é mais resificada, influenciada por muitas territorialidades. Os fluxos tornaram-se cada vez mais dinâmicos (HAESBAERT, 2014).

No âmbito da Saúde, percebe-se que os fluxos constantes de um mundo externo para o mundo local aumentam a possibilidade de alterações das características do território, incluindo fatores que determinam o ambiente. No entanto, este fato pode resguardar a essência do território ou provocar novos processos de des-re-territorialização, recriando-se o território em uma dinâmica que acompanha as mudanças do mundo (Ibid).

O território na Saúde traz a importância da rede, em dois aspectos. O primeiro deles a partir de um dos princípios do SUS, a integralidade: a saúde vista em todos os níveis de complexidade; segundo, uma de suas estratégias mais importantes, a intersetorialidade. A saúde não cabe no campo da saúde, complementa-se em outras outras áreas e setores: assistência social, meio ambiente, mídia, educação e outros.

Os equipamentos sociais podem criar novas territorialidades. Na perspectiva da geografia dos serviços de saúde, eles representam a valorização do espaço, potencialidades do território, capazes de produzir reflexões sobre condições de vida em um espaço passível de mudanças, através de um planejamento do território envolva as soluções do processo espaço-saúde (GUIMARÃES, PICKENHAYN; LIMA, 2014).

Dentre os equipamentos sociais, a escola se destaca, pois ela forma uma rede entre família, a escola, propriamente, unidade de saúde e comunidade. A escola é um equipamento constituído pelo território, ao mesmo tempo em que o constitui. Seu currículo se transforma de acordo com a trajetória histórica da educação, atualizando conteúdos e debates pertinentes às mudanças sociais, ambientais, econômicas e culturais, que afetam sua dinâmica e provocam (ou deveriam provocar) novos compromissos com a emancipação dos grupos populacionais que a integram, refletindo-se em grupos maiores – família e comunidade.

O Ministério da Educação, entendendo a escola como equipamento social importante, que reflete na comunidade, oferece às escolas um documento denominado PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais. Nele, são apresentados, além dos conteúdos tradicionais das grandes áreas de conhecimento, os temas transversais (BRASIL, 1998a).

Os PCN sugerem que a escola esteja totalmente envolvida com a realidade do aluno, empenhada em desenvolver com eles, ações que estejam associadas às suas dimensões socioeconômicas, políticas e ideológicas, estimulando dessa forma a reflexão, cidadania e preparação para a participação social (BRASIL, 1998b).

Os temas transversais – e neles incluídos meio ambiente e saúde – surgiram justamente para abrir um canal de comunicação entre alunos, professores, comunidades e gestão para o debate sobre assuntos que afetam diretamente o seu cotidiano e a sociedade, fenômenos locais e em outras escalas, levando-se em consideração temas valorizados de acordo com o contexto social e necessidades mais emergentes.

Os fenômenos ambientais ocorridos em nível local e global fazem parte do campo educacional e é preciso que a escola se perceba responsável por temas como: participação comunitária, sustentabilidade, qualidade de vida, falta de saúde, doenças predominantes, modelos de cuidado, saneamento e outros. Discutir o papel da própria escola, como parte de um processo histórico e ativo.

Considerando a territorialidade como um processo de construção de comportamentos em determinado território, capaz de criar novos paradigmas em saúde, a escola é considerada um equipamento social muito importante, devendo ser valorizado pelas equipes.

A escola é um espaço que agrega o cotidiano formal, coberto de informalidades que ali chegam por cada grupo que a compõe. A Estratégia Saúde da Família é a principal ação do SUS na Atenção Básica. É através dela que as especificidades de cada local, de cada família vão ser conhecidas, através dos encontros nos equipamentos sociais, visitas domiciliares e observações a tudo o que acontece no território. Para isso, áreas e microáreas são mapeadas, a fim de que todo o território tenha cobertura das equipes de saúde.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial formada pelos Ministérios da Educação e Saúde, instituída pelo Decreto 6.286/2007, uma estratégia que tem o objetivo de que a escola, como parte do território, torne-se um espaço em que as questões relacionadas à saúde possam integrar equipe de saúde da unidade básica, escola e comunidade, dando-lhes o sentido de pertencimento, empoderamento e horizontalidade.

Logo em seu primeiro objetivo, o decreto estabelece:

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis (BRASIL, 2007).

No entanto, mesmo com todo o aparato legal, a escola, em geral, tem sido bastante conservadora, negligenciando temas que dizem respeito à realidade dos alunos, fixando-se apenas em cumprir um calendário e programa acadêmico, muito mais ligado aos aspectos lógico-matemático-linguísticos (GARDNER, 2000; NININ, 2008), do que propriamente fatores que conduzam a uma reflexão mais aprofundada sobre a existência humana, respeito ao meio ambiente, condições político-sociais da população, qualidade de vida e condições de vida (LOURO, 2010).

E por que isso acontece? Por que a escola se apresenta tão distante dos problemas de seus protagonistas? Por que os textos oficiais são pouco atraentes? Por que o meio ambiente e a saúde não são temas valorizados, de forma que essa relação se torne tão óbvia, capaz de instigar a reflexão das pessoas? Em que momento o homem se distanciou dos fenômenos que o cercam – e atingem – como se não houvesse relação entre eles?

Andrade e Aragão (2011) comentam as ideias de Conti, afirmando que o autor estabelece algumas relações com as questões ambientais, dentre elas: a pobreza da população e os sentimentos que envolvem os ideais do espaço onde se vive, incluindo o conceito de topofilia, que expressa o elo afetivo entre a pessoa e o lugar – enquanto postura cultural – e topofobia, que seria o contrário.

Associados a essas questões, os sentimentos envolvem o “acostumar-se” com o ambiente insalubre, sujo e proliferador de doença. O cotidiano é impregnado destes fatores e a realidade com base nas categorias econômica, cultural e social bem definidas – e distintas de outras classes sociais – cria a sensação de que aquele tipo de vida é normal, tornando “natural” aquilo que se constitui a partir das iniquidades sociais e ambientais.

A comunidade, a escola e a equipe de saúde, todos esses grupos, de uma certa forma, estão convencidos de que as condições do território são inexoráveis, convencidos de que doenças inexistentes em outros modelos de sociedade como a diarreia e verminose, por exemplo, são normais naquele tipo de organização territorial. A própria comunidade internaliza esses eventos como típicos daquele lugar.

As experiências do adoecimento, da insalubridade, das moradias inadequadas, da ausência do poder público não encontram espaço de expressão na escola. O silêncio da escola é quase uma autenticação dos fatos “inevitáveis” na sociedade moderna em consequência do progresso. Em princípio, a escola desconhece o próprio ambiente circundante, seja no sentido de perceber as demandas do território, seja para desenvolver a criticidade dos alunos.

Nesta perspectiva, podemos pensar na escola pública atual como uma instituição reprodutora do modelo da sociedade industrial, em que a relação de classe lá se estabelece, partindo inclusive do seu caráter público estar associado a alunos pobres, além da formação dos professores, estabelecida pelo sistema capitalismo, em que a escolha de conteúdos reproduz os interesses da classe dominante.

Assim, constata-se que o “território é o espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (SOUZA, 2008), incluindo o Estado, representado pela escola pública e o SUS, numa dimensão simbólica que envolve os protagonistas naquele ambiente, perpetuando as iniquidades que ali se instalam.

A Geografia da Saúde reforça a importância da territorialização da saúde em moldes da interdisciplinaridade, mobilização social e intersetorialidade. Não há o que se fazer sem o comprometimento e corresponsabilização no cuidado dos indivíduos e coletividade (LIMA, 2016).

Saúde e sustentabilidade tem sido um desafio para a sociedade industrial. A constatação da exaustão dos recursos naturais é insuficiente para reorientar uma proposta equilibrada sobre preservação do meio ambiente, produção e consumo.

A tentativa de “perpetuação do capitalismo se dá com a acumulação pela acumulação e a produção pela produção” (MARX Apud HARVEY, 2005), que exigem mais exploração do homem e do meio ambiente, mais tecnologia e “quem domina ou influencia quem, nesse espaço, e como?”, extrapolando os limites dos recursos naturais e sua deterioração pela classe dominante e por outro lado, pelas necessidades do homem em vias de limite da sobrevivência.

A Geografia tem trazido contribuições importantes para corrigir os equívocos que geraram uma sociedade quase insustentável. Novos processos passam por uma política ecológico-educacional que inverta nosso imaginário sobre a realidade (CASSETI, 2004), incluindo concepções que refletem na ênfase dada ao território pelo sistema de saúde vigente (SUS) do país, como parte fundamental do processo saúde-doença.

A conciliação das ciências em uma composição interdisciplinar mostra-se como um caminho para a reflexão sobre como as dimensões econômicas, culturais e políticas atingem o meio ambiente e subsequentemente, os fatores a ele ligados, como a qualidade de vida.

A relação espaço-saúde-doença trazida pela geografia da saúde implica repensar as práticas de políticas públicas, com ações criativas e resolutivas para as questões de saúde da população, partindo de que as ciências não têm fronteiras entre si.

2.2- Determinantes ambientais: o desafio do conceito ampliado de saúde

“A tendência dos processos de reforma para a saúde está dominada por uma crescente medicalização das agendas setoriais de saúde, ignorando com frequência a crescente massa de evidências que associam uma boa ou má saúde individual e coletiva a um grau de determinantes ambientais e sociais, dominados por amplas iniquidades sociais e econômicas que limitam o bem-estar e o progresso de amplos setores da população.” (GALVÃO; FINKELMAN; HENAO, 2011)

A qualidade de vida está ligada diretamente à saúde, cujos fatores relacionados à medicina têm sido menores que outros determinantes que a influenciam (George, 2011; Portrait; Lindeboom; Deeg, 2001, apud CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). E, segundo Heller (1998), uma simulação de dados demográficos realizada em Lyon, França, as ações diretamente ligadas aos determinantes ambientais previnem quatro vezes mais mortes e aumenta a expectativa de vida sete vezes mais, que intervenções da medicina.

Os determinantes ambientais – qualidade do ar, água, terra, agentes físicos e químicos, alterações climáticas – fazem parte e estão associados diretamente a outros determinantes que George (2011, apud CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017) classifica em categorias: determinantes fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); determinantes sociais (estrato social, emprego, pobreza, exclusão social); estilo de vida (tabaco, atividade física, álcool) ; e acesso aos serviços: educação, saúde, serviços sociais, transporte e lazer.

As condições econômicas e sociais influenciam na saúde das pessoas. Ratificando as considerações de George (2011), a maior parte das doenças e iniquidades são determinadas pelo lugar onde as pessoas nascem, vivem (a maioria da população brasileira não escolhe onde morar), ao que Carvalho (2013) dá o nome de determinantes sociais da saúde.

As principais causas da deterioração ambiental são determinadas pelas desigualdades sociais, econômicas e tecnológicas, que podem ser superadas, à medida que seja possível um novo modelo de convívio, baseado em sociedades mais justas e solidárias (PERIAGO, 2011).

Os determinantes ambientais e sociais que provocam o adoecimento da população sempre estiveram presentes nas discussões dos grandes eventos internacionais e nacionais. A tentativa de resgatar o meio ambiente saudável continua levando pesquisadores a compararem o comportamento do homem, nas diversas épocas vividas. As comunidades tradicionais exercem práticas ecológicas consoantes ao seu entendimento de relação homem-natureza muito antes do início das preocupações sobre conservação ocidental, na perspectiva da ciência. O homem ocidental ergueu a ciência como domínio de técnicas capazes de subordinar

a natureza. E agora percebe os limites, de forma lenta e tenta retornar às culturas mais ligadas à natureza (SOUZA, 2009).

A concepção profunda da Ecologia (*deep ecology*) originou, por exemplo, a criação de unidades de conservação. A concepção romântica estimulou a volta dos espaços verdes, reflorestamento, sensibilidade à natureza, traduzidas por expedições científicas, valorizando o mundo natural e o ensino de disciplinas, atingindo políticos e ativistas, a meta de preservar espécies e paisagens, incluindo as graduações e pós-graduações (Ibid).

A necessidade de retornar a um modelo menos agressivo ao meio ambiente surge pelos motivos acima elencados, além da constatação de que problemas vão sendo impostos ao homem. A deterioração ambiental impacta na vida das pessoas e, mesmo com o avanço da tecnologia, não é possível evitar os danos causados, por completo.

Na história ocidental, o conceito de saúde apregoado pela OMS elevou a importância dos determinantes ambientais, visto que o corpo deixou de ser a única dimensão do processo saúde-doença. Embora muitas críticas sejam feitas, questionando-se o significado da expressão bem-estar, que compõe o conceito de saúde, o fato é que a inclusão da dimensão social para explicar saúde levou o Estado, sociedade civil e técnicos a se depararem com contradições criadas por um mundo dito civilizado, desenvolvido tecnologicamente e no entanto, marcado pela pobreza, injustiça ambiental e tecnológica.

Em 1968, após vinte anos do conceito de saúde formulado pela OMS, cientistas, educadores, empresários, diplomatas, representantes de dez países, encontraram-se para discutir, dentre muitos temas, a relação entre pobreza e a deterioração do meio ambiente. Do encontro surgiu o Clube de Roma, com a finalidade de elaborar reflexões sobre a interdependência entre as dimensões econômicas, políticas, ambientais e sociais e como se definem o modo de vida e de produção (NETTO; ABREU, 2013).

O maior destaque do grupo foi o relatório *Limites do Crescimento*, apresentado na Conferência da Organização das Nações Unidas Sobre Ambiente Humano, com a presença de representantes de cento e treze países. O texto, motivo de polêmica na Conferência, apresentava dados da inconsistência entre o aumento populacional, o crescimento econômico abrupto e o esgotamento dos recursos naturais (MACHADO, 2003).

A iniciativa refletia as ações no pós-segunda guerra mundial, época em que se enfatizou a necessidade de explorar os continentes pobres e as consequências traduziram-se em meio ambiente deteriorado, doenças e espaços contaminados (SOUZA, 2009).

O livro *Primavera Silenciosa* de Raquel Carson, em 1962, também foi um elemento fundamental para o debate sobre o papel da tecnologia como instrumento do dito desenvolvimento econômico a partir de medidas, como o uso dos pesticidas, que aumentava a produção, ao mesmo tempo em que causava danos ao meio ambiente e insalubridade aos trabalhadores (MACHADO, 2003).

No meio desses acontecimentos, a década de setenta representou uma mudança no pensamento sobre determinantes ambientais e saúde no Brasil. O debate, a partir da percepção dos locais onde as pessoas viviam e as condições sanitárias das comunidades, que culminou no Movimento da Reforma Sanitária, que não apenas discutia Saúde, mas todo o contexto político marcado pela ditadura militar, além das precárias condições de vida da grande maioria da população brasileira. A universidade e a sociedade civil viviam momentos de reflexões e desafios. Os aspectos de vulnerabilidade da população passaram a ter relevância, mesmo dentro da tradicional formação em medicina.

O berço da Reforma Sanitária foi marcado no final da década de sessenta, quando foram criados alguns departamentos de medicina preventiva, com a intenção de levar o curso para além dos muros das universidades. O caráter interdisciplinar surge no projeto, que inclui a presença de cientistas sociais, assistentes sociais, enfermeiras e auxiliares de enfermagem na equipe (NETTO; ABREU, 2009, p. 73).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) difundia por toda a América Latina a importância de incluir disciplinas com caráter social e comunitário nos currículos do curso de medicina. Esperava-se que os futuros profissionais fossem preparados para lidarem com os problemas da população e as disciplinas abriam caminho para a reflexão da equipe, junto à comunidade, a lideranças comunitárias e a instituições representativas. Estimulava-se a educação em saúde, onde afluíam os determinantes ambientais como parte das causas do processo saúde-doença, o modo de vida e nível de saúde da população pobre (Ibid, p.75).

Na época, as tecnologias médicas também se aprimoravam e, de certa forma, atingiam também a população de baixa renda. Mesmo antes do acesso universal ao SUS, os institutos de assistência à saúde da época adquiriam equipamentos mais sofisticados e aumentava a

precisão dos diagnósticos, que favoreciam os procedimentos curativos e também preventivos. Muito menos do que a proposta atual, mas já existia.

Com a criação dos departamentos de medicina preventiva nas universidades, juntamente com os movimentos sociais que se multiplicavam por todo o país, reivindicando a redemocratização, os temas desigualdade social e exclusão social tiveram ressonância na saúde. O que melhor os elucidavam eram as discrepâncias entre grupos da população, devido às condições de vida, que se traduziam em determinantes ambientais responsáveis pelo adoecimento (Ibid).

A formação acadêmica somada à militância política daqueles alunos, mais tarde profissionais da saúde, juntamente com a organização civil levaram a luta de duas décadas à criação do maior sistema público de saúde do mundo, o SUS (SILVA et al., 2015).

A saúde coletiva e o SUS trouxeram à tona os riscos e “vulnerabilidade socioambientais que estão relacionadas aos processos de produção e consumo, que ocorrem nos territórios em escala global, nacional, regional e local” (PORTO; PACHECO; LEROY, 2013).

Os princípios do Movimento da Reforma Sanitária se reafirmavam na década de noventa (PAIM, 2011). O Programa Saúde da Família foi criado em 1994 e logo depois se transformou em Estratégia Saúde da Família, por trazer uma concepção que considera as peculiaridades da família, do território e da cultura, que possam, através de estratégias individuais ou coletivas, resposta necessária com efetivo grau de resolutividade.

A formação atual dos profissionais, principalmente nas regiões menos favorecidas deveria dar ênfase aos problemas regionais associados aos determinantes ambientais. No entanto, ainda predomina o modelo biomédico que direciona a atenção do profissional para o corpo. As graduações em conformação com o trabalho mais articulado intra e intersetorialmente são práticas ainda em construção. É necessário um olhar no entorno e a concepção de que o indivíduo é muito mais do que o corpo. O entendimento sobre a importância dos determinantes ambientais leva à competência mais eficaz para evitar a doença.

No entanto, a união de forças sociais progressistas para a construção da maior política social do país não foi suficiente para alterar o perfil do país desigual, que se apresenta entre as dez maiores potências econômicas do mundo, mas não está entre os dez países menos

desiguais. O Brasil encontra-se em 79º lugar no ranking de desigualdade social mundial, conforme detalhado logo a seguir. Na América do Sul, com IDH melhor que o Brasil estão: Venezuela, Uruguai, Argentina e Chile.

Enquanto uma minoria acumula muito capital e bens de consumo, há uma grande parte da população vivendo com muito pouco, em condições insalubres, de desnutrição e sem direitos elementares, como por exemplo, a água e saneamento.

Nos últimos dez anos houve uma melhora considerável do nível de vida para a população que vivia abaixo do nível de pobreza, mas não o suficiente para alterar a realidade de bens mínimos de mais de cinquenta milhões de brasileiros.

Em conformações teóricas sobre o assunto, quatro teorias sobre desigualdade social nortearam – e norteiam – as discussões sobre os determinantes de saúde. A teoria estruturalista baseia-se na relação entre riqueza de um país e o estado de saúde de sua população; a segunda, a teoria psicossocial refere-se à valorização de posição social e poder, mesmo que as necessidades básicas estejam resolvidas; a terceira, a teoria da determinação social – a mais forte discussão na América Latina – dá ênfase ao modo de vida, que une aspectos materiais e simbólicos; a quarta, a teoria ecossocial busca explicar o homem como um organismo humano, indissociável do seu universo biológico, social e psíquico (BARATA, 2009).

Determinantes ambientais enfatizam as duas últimas teorias: a compreensão do modo de vida que inclui o território onde as pessoas vivem e como se situam os seres, no meio da organização política e econômica.

Uma das análises sobre as desigualdades no Brasil é caracterizada pelas desigualdades das regiões. O PIB mais elevado em um estado da federação (Distrito Federal) chega a nove vezes maior que o PIB do estado mais desigual (Maranhão), de acordo com as distintas capacidades de produção e distintas relações de trabalho (IBGE, 2012).

A minimização ou eliminação das desigualdades passa pela adequação de políticas públicas e pela valorização da diversidade e potencialização dos arranjos locais. Extrapola o campo da Saúde. Os determinantes ambientais são consequência do modelo de desenvolvimento, que pode ser conceituado como o aperfeiçoamento de algo de ordem física, intelectual ou moral, nas dimensões sociais, culturais, políticas e econômicas.

O desenvolvimento humano é o processo de ampliação das escolhas pelas pessoas para serem o que desejam ser e como desejam viver. A renda é um meio e não um fim. A qualidade

de vida implica considerar características sociais, culturais, políticas e emocionais (ARAÚJO, 2013). Ninguém escolhe viver em áreas insalubres, com esgoto a céu aberto e água sem tratamento.

Na década de setenta, em que a temática ambiental ganhou força em todos os setores da sociedade, contribuiu para políticas de governo (MACHADO, 2003).

O artigo 6º da Constituição Federal (1988) se dedica aos determinantes sociais e ambientais e a lei 8080/90, regulamentação do SUS, explicita que a saúde é o resultado de diversos fatores, conforme seu artigo 3º:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990).

O debate sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio nos anos 2000, realizado pela ONU, com participação de cento e noventa e um países e vinte e duas organizações não governamentais, teve como um dos frutos a organização da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005, estimulando os países signatários a formarem comissões nacionais.

No ano seguinte, o Brasil foi o primeiro país a criar a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Seguindo os preceitos do SUS sobre democracia e participação social, a comissão foi formada por dezesseis personalidades da vida civil, científica, cultural e empresarial do país. O relatório, concluído em 2008, intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil” enfatizou a relação entre vulnerabilidade e condição social em que vive o sujeito e os grupos sociais (CNDSS, 2008). A equipe se baseou nos estudos de Dahlgren e Whitehead.

Dahlgren e Whitehead tratam as desigualdades sociais a partir das interações entre diferentes condições, que afetam, desde o nível individual até o coletivo (AKERMAN; FEUERWERKER, 2011, p.174). O modelo por eles criado é utilizado em muitos países – incluindo o Brasil – relacionando as condições e a vida social com o nível de saúde da população, além de buscarem os elementos que compõem o cotidiano das pessoas, como por exemplo o abastecimento de água e o saneamento básico.

Figura 02 – Modelo de Determinação Social da Saúde

Fonte: AKERMAN; FEUERWERKER, 2011.

A CNDSS propôs um modelo conceitual que estratifica os determinantes sociais e ambientais da saúde em diferentes camadas, dos macrodeterminantes aos determinantes proximais (estilo de vida, idade, sexo e fatores hereditários), conforme a figura anterior.

Algumas críticas e considerações foram feitas ao trabalho da comissão: no modelo em que se basearam, os determinantes ambientais tiveram menos relevância do que os sociais e econômicos; o tratamento do tema meio ambiente e saúde foram tratados de forma desarticulada dos indicadores sociais e econômicos; o modelo conceitual não tratou de forma integrada os determinantes ambientais e os sociais (SOBRAL; FREITAS, 2010).

É importante afirmar que o modelo realça os aspectos econômicos e sociais não como os mais importantes, mas certamente são estes que orientam a política de tratamento dado ao ambiente e, diretamente proporcional, às suas consequências. Dessa forma, entendemos que

os problemas ambientais sempre estarão subordinados aos sociais. Mesmo que suas características sejam originalmente ambientais, suas consequências dar-se-ão de acordo com o modo como a sociedade o enfrenta. Se pensarmos nos terremotos do Japão, podemos perceber como questões ambientais inexoráveis não refletem em danos diretos à maioria da população devido ao investimento de bilhões pelo governo, a fim de incentivar a criação de novas tecnologias antissísmicas.

O relatório da Comissão trouxe – e ainda traz – reflexões sobre desigualdade, política, recursos financeiros para a saúde, desequilíbrio ambiental, poder, horizontalidade, intersetorialidade e conceito holístico de saúde, que oferecem o aprofundamento sobre as iniquidades e regiões mais afetadas. Algumas políticas já vinham sendo enfatizadas antes da Comissão, mas foram implementadas ações com mais rigor.

As diferenças entre as regiões apontadas no relatório subsidiaram ações que privilegiaram os lugares com maiores problemas. O analfabetismo de 40% da população brasileira registrado em 1960, passou para 5,7% na região sul e 20,8%, na região nordeste, em 2006. Outra séria questão nacional é a mortalidade infantil por diarreia. Em 1985, a média brasileira era de 17,3%, sendo 30,1% no nordeste e na região sudeste, 11,8%. Em 2005, o nordeste marcava 5,1% e a região sudeste, 1,8% (PELLEGRINI; BUSS;,2011).

Ainda que a diferença entre regiões fosse acentuada, serviu para constatação e reflexão sobre como aplicar o princípio da equidade, dedicando uma série de políticas públicas específicas, para diminuir as inequidades no território brasileiro, que continuam existindo.

A preocupação de trabalhar com distintos grupos populacionais e dar visibilidade às diversas dimensões que interferem na saúde enriqueceu a construção de ações que reafirmam a intenção do SUS ser universal, levando-se em consideração as características culturais, sociais e econômicas. As iniquidades associadas à diversidade do Brasil, país com dimensão continental, foi contemplada a partir das seguintes categorias de estudo:

- 1- Evolução demográfica, social e econômica do país;
- 2- Estilo de vida e saúde
- 3- Estratificação socioeconômica e da saúde;
- 4- Condições de vida, ambiente e trabalho;
- 5- Saúde materno-infantil;
- 6- Saúde indígena (Ibid)

As políticas públicas que combatem as desigualdades são estratégias que visam a evitar avanço de ações que podem, no futuro, tornarem-se irreparáveis. Os dados são ambíguos, em termos de conquistas alcançadas. Por um lado, há quatro décadas atrás, ainda se morria de tuberculose. Já havia dizimado parcela da população, no início do século passado. A ciência e tecnologia frearam a mortalidade causada pela doença e atualmente seu tratamento é acessível a todos os brasileiros, de qualquer classe econômica, de qualquer parte do país.

Por outro lado, em 2017 ocorreram 1.277.579 óbitos no país (IBGE, 2017). Contrariando os avanços científicos e tecnológicos, estudos mostram que 20% das mortes foram atribuídas aos determinantes ambientais. Isto significa que mais de 250.000 óbitos poderiam ter sido evitados, se políticas públicas tivessem tratado com eficácia as questões sobre equidade (PNUD, 2016).

Outro conceito que contribui para a compreensão da relação dos determinantes ambientais com a saúde é justiça ambiental, definida como a articulação entre meio ambiente, educação, direitos humanos e saúde pública. Estuda como os problemas ambientais afetam de forma diferenciada os diferentes grupos sociais. A justiça ambiental resgata o enfrentamento às desigualdades sociais e a luta pela democracia traz à tona uma ciência ativista ou ciência cidadã, incluindo a percepção sobre o racismo ambiental, que escolhe os lugares mais vulneráveis para a população de baixa renda e as expulsam, quando se descobre que áreas por ela ocupada pode se tornar área nobre, destinadas às classes com maior poder aquisitivo (PORTO; PACHECO; LEROY, 2013).

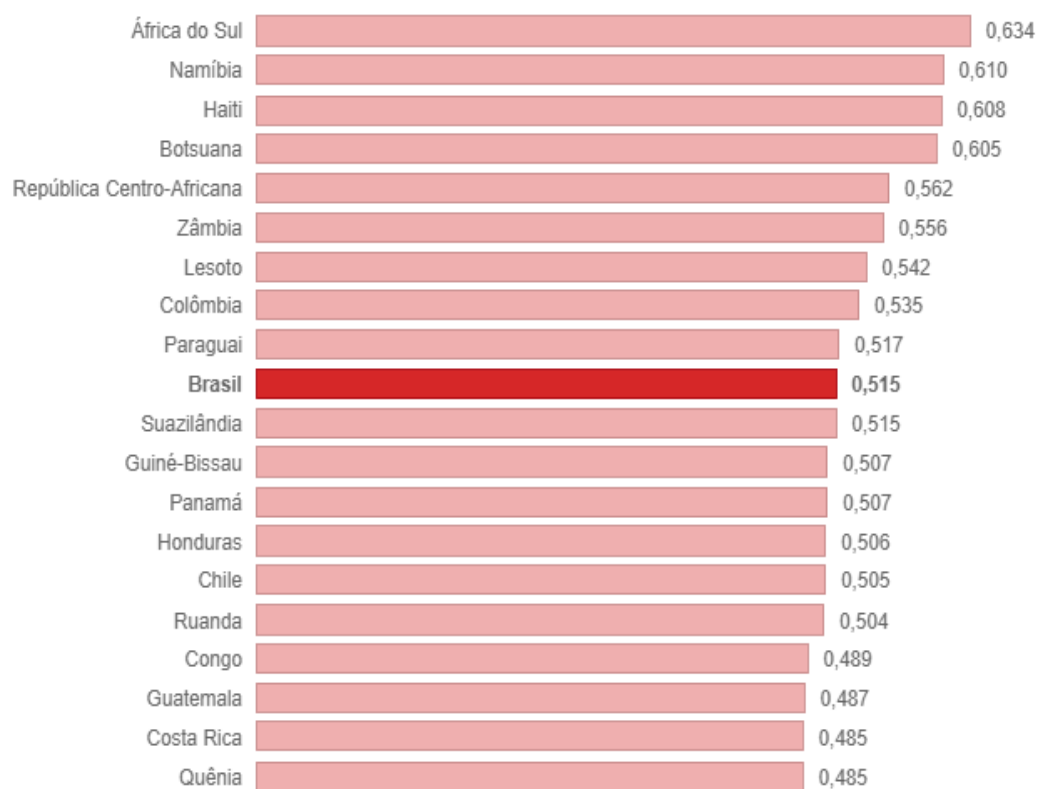
Portanto, a saúde não depende somente da ciência e tecnologia. Há um campo político e econômico que definem um modelo que oferece maior ou menor proteção à vida das pessoas. As lutas dos movimentos de saúde que se fortaleceram, principalmente a partir da década de sessenta, conquistaram alguns capítulos na Constituição Federal de 1988 e nela foram incluídos o direito da população à saúde e o dever do Estado em oferecê-la.

É uma vitória sem precedentes, visto que o SUS é a maior política social do Brasil e reconhecido pela OMS, o maior sistema público de saúde do mundo. Em um país com dimensões continentais é um desafio organizá-lo, de forma que se cumpram seus três princípios, baseados na ética e solidariedade: universalidade, integralidade e equidade.

No entanto, trata-se de um sistema historicamente recente, com trinta anos de existência, erros e acertos, em um país com dimensões continentais, classificado em 10º lugar no *ranking* de desigualdade de renda, tendo como referência o índice GINI (PNUD, 2016).

Figura 03 – Índice de disparidade de renda no mundo**Os países mais desiguais do mundo**

Ranking do Índice de Gini, indicador de disparidade de renda. Quanto maior, mais desigual



Fonte: PNUD, 2016.

No mesmo relatório, o Brasil encontra-se em 79º lugar, de acordo com o IDH, índice que analisa a soma das condições: expectativa de vida, índice de educação e renda per capita. Se no lugar da renda per capita fosse utilizada a disparidade de renda (GINI), o Brasil cairia de 0,754 para 0,561 (quanto mais perto de 1,00 é melhor o índice).

O Brasil cairia 19 posições e o colocaria em 98º lugar, entre os 188 países participantes, na ordem mais desenvolvido ao menos desenvolvido.

Tabela 01 – IDH ajustado pela disparidade de renda

País perde 19 posições com desigualdade

	IDH	IDH (ajustado pela desigualdade)	Varição de posição
Mundo	0,717	0,557	Não se aplica
América Latina	0,751	0,575	Não se aplica
Brasil	0,754	0,561	-19
Índia	0,624	0,454	4
Rússia	0,804	0,725	1
Chile	0,847	0,692	-12
EUA	0,920	0,796	-10

Fonte: PNUD, 2016

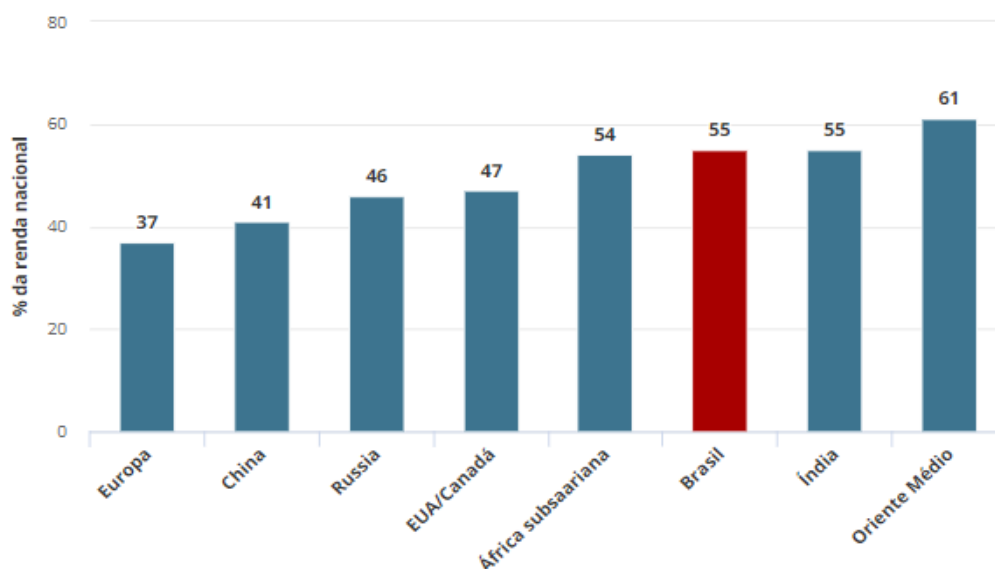
Ainda sobre o tema, segundo o relatório *World Inequality Report* (2018), a distribuição de renda no Brasil permaneceu extremamente desigual nos últimos quinze anos. Embora os 90% mais pobres tenham crescido devido ao aumento de rendimento impulsionado pela elevação de empregos, a concentração de renda dos mais ricos aumentou.

Um dos autores do estudo é Thomas Piketty, renomado economista especializado em desigualdade de renda, aclamado pelo livro *best seller*, intitulado *O Capital no Século XX*.

O relatório afirma que, aproximadamente:

1980, 1% dos mais ricos detinha 10,7% da renda e os 50% mais pobres detinham 19,9%; Em 1995, 1% dos mais ricos detinha 20% da renda e os 50% mais pobres detinham 12,5%; Em 2015, 10% dos mais ricos detinham 55% da renda e os 50% mais pobres detinham 12%; E 40%, a classe média, ficou com 32%; Em 2015, 50% mais pobres do Brasil eram 71 milhões pessoas;

No mesmo ano, 1% dos mais ricos correspondia a 1,4 milhão de pessoas e detinham 28% de toda a riqueza obtida no país. Portanto, 1,4 milhão pessoas possuem 28% da riqueza e os 72% restantes são distribuídos para 207,9 milhões.

Figura 04 – Percentual da renda nacional na mão dos 10% mais ricos**Os 10 mais desiguais: percentual da renda nacional na mão dos 10% mais ricos**

Fonte: World Inequality Report, 2018

A desigualdade de renda não se fecha em si, apenas definindo o quanto a renda de um grupo é diferente de outro grupo. Ela se reflete nas condições de moradia, educação, etnia, tipo de trabalho (BARATA, 2009). A saúde, não poderia estar fora dessa configuração, levando-se em conta que o ar que as pessoas respiram, a água que bebem, a comida que comem, a casa onde moram são determinantes ambientais que influenciam diretamente no processo saúde-doença-cuidado. E por isso, o direito à saúde passou a fazer parte da pauta política em todo o mundo, orientada principalmente pela OMS.

Nem todos os países entendem a saúde como obrigação do Estado. Nos EUA, o sistema de organização da saúde inclui fortemente a responsabilidade individual e por isso, a assistência depende da capacidade de investimento de cada um. O Brasil, de forma diferente, garantiu em sua Constituição Federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição foi além da assistência, que isolada não daria conta dos problemas de saúde que as desigualdades sociais impõem à população, principalmente de baixa renda, que subsequente tem um estilo de vida abaixo do esperado e vive em lugares mais insalubres.

A tarefa do Estado tornou-se maior que simplesmente a garantia da assistência. O legislador atentou para a criação de políticas sociais que contribuam para o bem-estar social, extrapolando o âmbito da saúde e que somente poderá ser assegurado através da ampliação de ações intersetoriais. Dentre as três ações em saúde, a promoção é a primeira a ser citada. Sua importância tem relação com a nova lógica de se pensar o conceito de saúde, passando o foco da doença para a saúde, propriamente dita.

Se a ordem é promoção, seguida da prevenção e por último a recuperação, pode-se inferir que a concepção de saúde proposta na CF:

“Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas (Ibid).

Portanto, promoção da saúde não tem relação direta com a doença e sim com fatores que possam garantir a saúde, como: educação, lazer, alimentação, justiça social, renda.

A prevenção aparece em segundo lugar. Mesmo que seja coincidência apenas, é importante realçar que o SUS, inspirado em políticas de outros países como Canadá, Reino Unido e Cuba, por exemplo, alterou a dinâmica da atenção à saúde. “As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (CZERESNIA, 2009).

Dessa forma, seu principal objetivo é reduzir risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos, incluindo a educação em saúde como estratégia de informação científica e recomendações sobre estilo de vida (Ibid). A hegemonia da medicalização foi dando lugar à prevenção de agravos e promoção da saúde, na medida em que, os resultados não eram satisfatórios, os custos eram elevados na média e alta complexidade, e novas reflexões sobre saúde não ser apenas o contrário de doença.

As novas ideias incluíam as iniquidades, não somente em saúde, mas tudo o que girava em torno de seu conceito ampliado. Os determinantes ambientais foram ressaltados quando as doenças eram associadas à pobreza, numa distribuição espacial desigual, estimulando novas áreas de estudo como a saúde ambiental:

“A saúde ambiental é o campo da saúde pública que produz saberes, conhecimentos e práticas que envolvem interação entre a saúde e seus determinantes e condicionantes sociais e ambientais, incluindo o saneamento” (SOUZA et al, 2015).

A saúde ambiental é o resultado da relação entre saúde e ambiente, compreendendo aspectos da saúde humana e da qualidade de vida, atingidas pelos determinantes ambientais:

Já definido anteriormente, os determinantes ambientais agentes – químicos, físicos e biológicos; poluição da água, terra e ar; alimentos; e alterações climáticas complementam-se aos determinantes sociais e psicossociais do ambiente. Refere-se também à teoria e à prática de avaliar, corrigir, controlar e prevenir estes fatores do ambiente que possam afetar de forma adversa a saúde das gerações presentes e futuras” (WHO, 1993, apud MOREIRA; LOBOS, 2011, p.183).

Trata-se de fatores ambientais que podem prejudicar a vida e simultaneamente para resolvê-los, com medidas que possam ser aplicadas para minimizar ou prevenir os riscos e vulnerabilidade. Embora as tentativas de solução dos danos à saúde tenham caráter imediato pela urgência das demandas, sabe-se que os riscos pela transmissão hídrica, vetores, contaminação atmosférica e exposição a substâncias químicas são frutos de um processo de deterioração do ambiente e que o âmbito da saúde não consegue solucioná-lo.

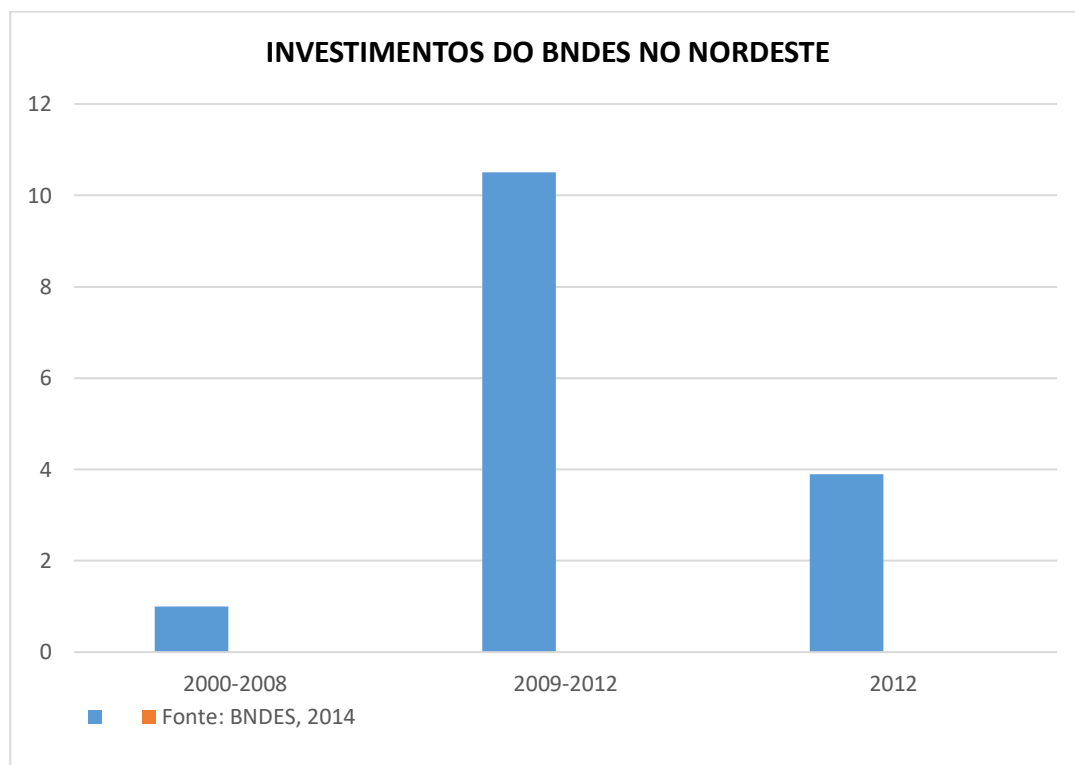
As doenças ambientais denunciam a distribuição espacial da insalubridade, mapeiam o local em que vivem os excluídos e aqueles que se encontram à margem da inclusão.

As vulnerabilidades socioambientais representam um novo plano de informação que não aparecem nos institutos oficiais de estatística, cuja perspectiva da epidemiologia constam mortalidade, morbidade, riscos à saúde e dados socioeconômicos (CARNEIRO; NETTO, 2013). Por isso, a importância da familiarização da equipe de saúde com o território, pois é nele que estão impressas as condições cotidianas de saúde onde vivem as pessoas.

As políticas públicas nos últimos dez anos têm sido elaboradas, levando-se em consideração as diferenças regionais, seus riscos e nível de vulnerabilidade. Por isso mesmo, o Norte e Nordeste tiveram prioridade e aumento de investimento. A área de infraestrutura social (AS) do BNDES investiu especialmente nos setores sociais mais básicos e essenciais: saneamento ambiental, saúde, segurança e educação (CAMPOS; SOUZA; RAMOS, 2014). Na mesma lógica da relação entre atenção básica e território, os recursos da AS serviram para atender às demandas e peculiaridades de cada região.

A AS tem responsabilidade de formular ações multissetoriais, enfrentando os desafios de elevar o nível de oferta de serviços públicos e melhorar os índices sociais. O investimento no Nordeste conforme a seguir, tinha o objetivo de alterar a marca histórica de menor índice de desenvolvimento do país.

Figura 05 – Investimentos no Nordeste (2000-2012)



Fonte: Campos et al. 2014

No gráfico anterior, registra-se o investimento no Nordeste, triênio 2009-2012, quase dez vezes maior que o período anterior, de oito anos. E o princípio da equidade prossegue em 2012, quando o investimento chegou a quase quatro bilhões, em um único ano.

Antes, a iniciativa privada chegou de forma mais ostensiva à região Nordeste a partir da década de oitenta. Muitas empresas internacionais ocuparam os novos lugares-chave da região, enfrentando de forma vantajosa os poderes locais e perpetuaram o lugar das vantagens econômicas e da desigualdade.

As grandes empresas estavam à procura de ampliar seus lucros e não desenvolver a região. Créditos baratos e incentivos fiscais eram estratégias que não deram certo. Ao contrário do esperado, houve mais concentração de renda e as comunidades continuaram em

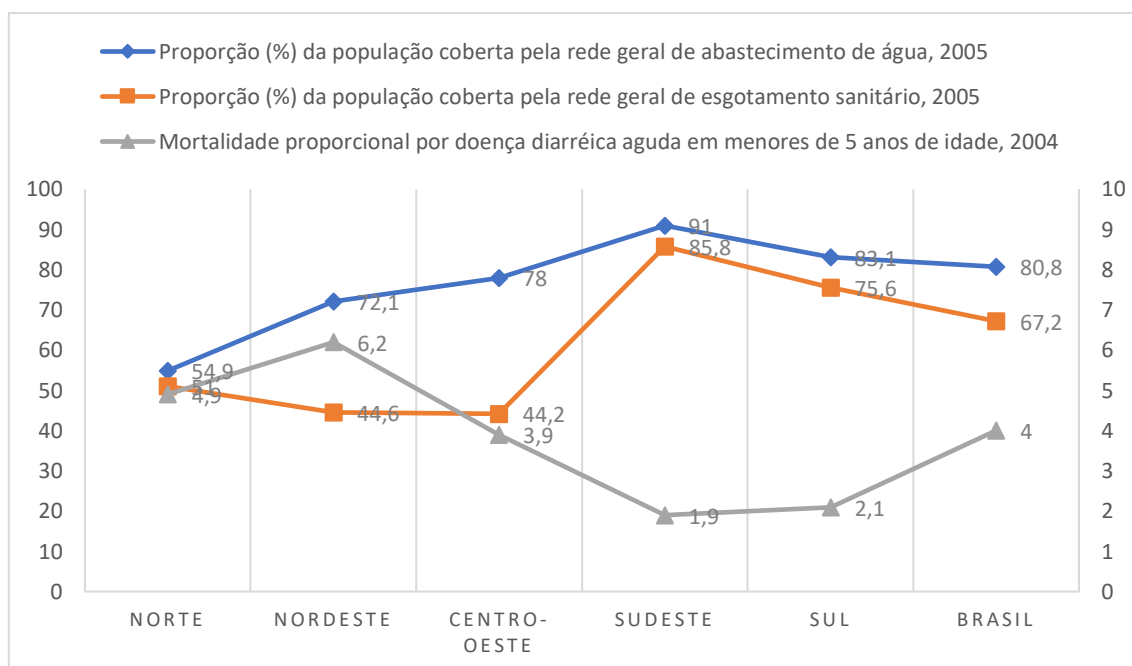
situação de carência como já se encontravam ou até novos prejuízos que não existiam chegaram às regiões, de forma a alterar o padrão de qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2007c).

A pequena superação de problemas de pobreza que ocorreu no Nordeste não se deu portanto, por desenvolvimento autônomo nesses longos anos. A qualidade de vida no Nordeste nos últimos dez anos esteve condicionada a programas governamentais de equidade, como o aumento real do salário mínimo e bolsa família.

Tipos de morbidades da região nordeste já superadas na maior parte do sul do país. A relação entre desigualdade e saúde estão intrinsecamente associados. O contraste entre as regiões reflete como o Brasil se apresenta, ao mesmo tempo a nona economia do mundo, entre cento e oitenta e nove países e, contraditoriamente, encontra-se em septuagésimo nono lugar em desenvolvimento humano. Portanto, o Brasil é um país rico, mas sua riqueza não é distribuída equitativamente para a sua população, como já foi dito.

A região nordeste apresenta-se com os índices abaixo da média nacional. No gráfico a seguir, a região nordeste se destaca negativamente, se comparada à média brasileira: a mortalidade por doença diarreica, acima da média: 6,2% para 4,0%, média brasileira; a cobertura de esgotamento sanitário, abaixo da média: 67% para 44%; abastecimento de água, abaixo da média: 80% para 72% (CNDSS, 2008).

Figura 06 – Relação Abastecimento de Água, Esgoto e Diarreia infantil



Fonte: IDB 2006 (Indicadores e Dados Básicos), produto da ação integrada do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no âmbito da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

A bacteriologia e imunologia, como consequência da Revolução Pasteuriana, dominou o conhecimento sobre doenças e o ambiente deixou de ter sua importância, em função da ilusão que o combate aos microrganismos seria suficiente para controlar doenças, ficando o ambiente restrito ao saneamento e controle de vetores. Por mais que tantas discussões tenham combatido esse paradigma, ele é hegemônico nas práticas de saúde.

É evidente que a história está mudando. Os princípios do SUS, nascidos há mais de cinquenta anos, conseguiram objetivar avanços indiscutíveis que mudaram parcialmente as estatísticas de saúde do país para melhor. Novos caminhos trilhados vão em busca da valorização do território e o coloca como o espaço onde a saúde está na vida cotidiana (LIMA, 2016). O Brasil de 2001 apresentava índice de mortalidade infantil por diarreia de 13,6%. Doze anos depois, em 2013, baixou para 4,9%.

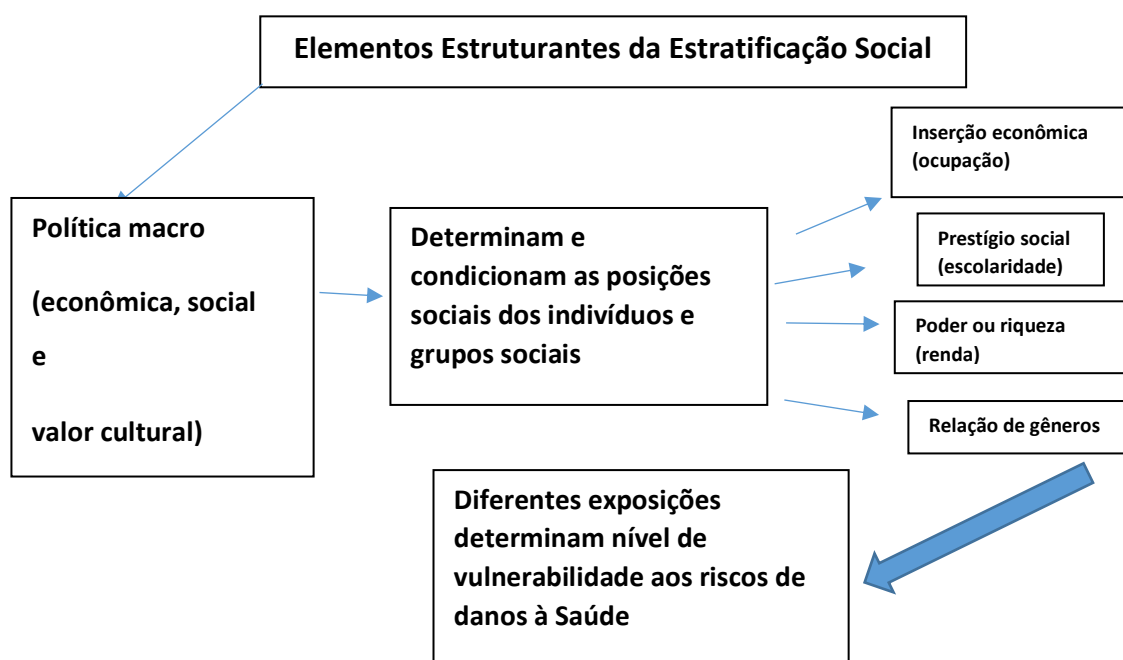
Para confirmar esses princípios, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, criou os programas de formação de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, somando-se à Especialização em Medicina de Família e Comunidade, existente desde as lutas do Movimento da Reforma Sanitária.

O processo de mudanças acontece na medida em que o modelo neoliberal fracassou na proposta de uma sociedade em que todos possam ter um mínimo de condições básicas para viver. As tensões geradas pelas iniquidades forçaram um olhar para os determinantes ambientais (SOBRAL; FREITAS, 2010).

A oscilação entre o modelo biomédico e o modelo holístico tem sido a realidade vivida no campo da saúde. No entanto, muitas são as construções conceituais e teóricas que têm contribuído para se alcançar a saúde entendida dentro de um conceito mais amplo.

A abordagem conceitual utilizada pela CNDSS e OMS foi o modelo de Didericesen e Whitehead, e colaboradores Solar e Irwin, modelo de produção social da doença, para propor ações para as “causas das causas: elementos estruturantes da estratificação social. O principal resultado a partir dos estudos da comissão seria a promoção da equidade em saúde a partir do diagnóstico. Apresenta a integração dos aspectos econômicos, políticos, sociais, culturais e psicológicos que influem na determinação do processo saúde-doença, como pode ser visto a seguir:

Figura 07 – Elementos Estruturantes da Estratificação Social

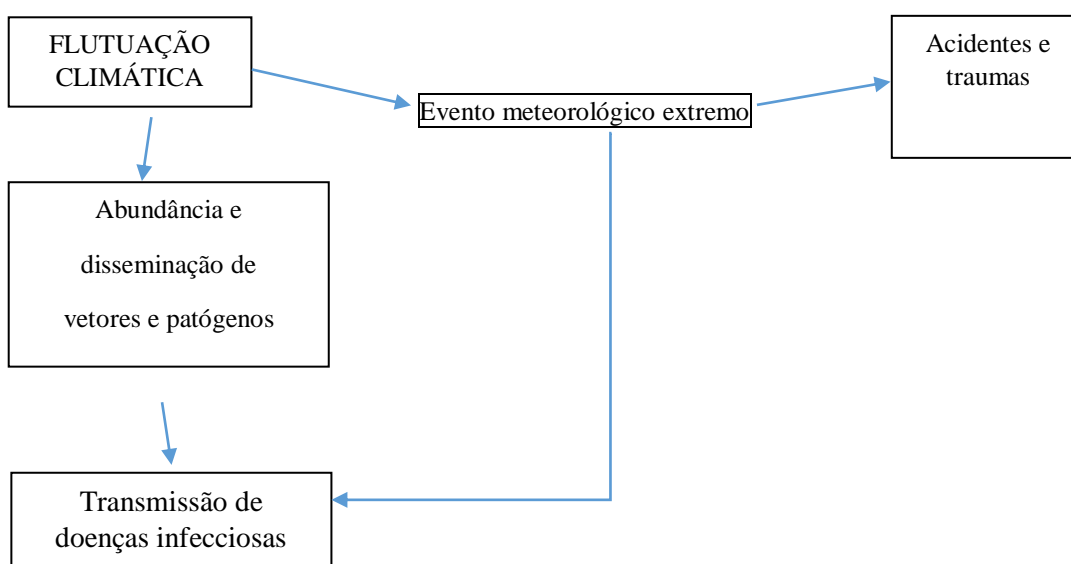


Fonte: SOBRAL; FREITAS, 2010.

Além da dinâmica dos elementos estruturantes mostrada acima, o desequilíbrio dos ecossistemas e mudanças climáticas apresentam-se como aspectos para além da área restrita

da Saúde, enaltecendo a importância da intersetorialidade na solução das questões de saúde e reafirmando as contribuições conceituais da Geografia, sobre os fortes efeitos na vida e na saúde das pessoas e coletividade.

As mudanças climáticas sugerem a necessidade de desenho sobre causa-efeito dos fenômenos de origem natural e antrópicas (MONTEIRO, 2014). As mudanças climáticas são o resultado do aumento global de temperatura provocado por emissões antropogênicas de gases causadores do efeito estufa. Os mecanismos de impactos dos eventos climáticos podem ser assim representados, conforme Confalonieri (2003):



O clima atua de forma contínua e episódica:

- Contínua: influencia os fenômenos biológicos – temperatura, umidade relativa, precipitação pluviométrica, afetando a reprodução e sobrevivência dos vetores de agentes infecciosos (mosquitos da malária e dengue);

- Episódica: através de eventos climáticos/meteorológicos extremos – tempestades, inundações, deslizamentos, seca (impacto nutricional e de higiene pessoal).

A chuva pode ser um potencial de doenças. Em períodos de chuva acima da média, casos de dengue têm número elevado de ocorrências. O crescimento de vegetação no semiárido, por exemplo, equilibra a alimentação dos roedores. Com a escassez da chuva, a seca leva os roedores a se aproximarem das residências (Ibid).

Mudanças climáticas podem provocar doenças infecciosas, de veiculação hídrica, que têm no saneamento sua principal estratégia de controle. Estudos mostram que o saneamento incluído nas políticas, no final do século XIX, reduziu consideravelmente epidemias e a mortalidade infantil (SOUZA et al. 2015).

A dificuldade de inclusão de temas relacionados às mudanças climáticas nos estudos da saúde não é exclusividade do Brasil. Monteiro (2014) em seus estudos sobre o clima e a saúde na cidade do Porto, enfatiza que Portugal não é exceção da Europa e do mundo, no sentido de que poucos países internalizaram os conhecimentos sobre climatologia em suas estratégias programáticas de saúde. Ela cita a Alemanha e o Reino Unido como exemplos isolados das vantagens que a inclusão dos determinantes proporcionou ao planejamento de saúde.

Lagarto (SE), o município onde a pesquisa foi realizada, é exemplo das iniquidades e problemas associados ao abastecimento de água e saneamento. Características de porosidade e permeabilidade do solo, tipo aquífero granular, contribuem para a contaminação do lençol freático. A infraestrutura de tratamento e abastecimento é frágil, como mostra a tabela seguinte:

Tabela 02 – Abastecimento de Água e Instalação Sanitária em Lagarto (SE)

ÁGUAS SUBTERRÂNEAS E COMPORTAMENTO HIDROGEOLÓGICO Grupo Estância – Sedimento arenoso, intenso fraturamento, aquífero granular e misto; Aquífero Granular – <u>POROSIDADE</u> primária e nos terrenos arenosos, uma elevada permeabilidade, o que lhe confere, no geral, excelentes condições de armazenamento e fornecimento de água		
ABASTECIMENTO DE AGUA	1991	2000
REDE GERAL	47,1	55,5
POÇOS, NASCENTES E OUTROS	52,9	44,5
Fonte: DATASUS, 2010		
INSTALAÇÃO SANITÁRIA	1991	2000
FOSSA RUDIMENTAR	73,1	81,5
VALAS E OUTROS	21,9	18,5
Fonte: DATASUS, 2010		

Na lógica da promoção da saúde e prevenção de agravos, a atenção básica situa-se na assistência como principal espaço. Os dados acima ratificam sua importância e os acometimentos registrados são problemas evitáveis. Problemas superados nos países desenvolvidos há décadas ainda são desafio no Brasil.

A situação apresentada no gráfico anterior pode apontar duas hipóteses importantes sobre a promoção da saúde e prevenção de agravos:

- 1- O território como contexto do sujeito e da coletividade não é percebido como espaço de construir saúde;
- 2- Os determinantes ambientais e sociais não são vistos como prioridade do cuidado.

O trabalho das equipes de saúde da família (EqSF) torna-se, portanto, essencial para a identificação das vulnerabilidades locais, decorrentes da estratificação social, que coloca a população exposta a risco.

Entendemos promoção da saúde, a partir da visão sobre saúde como:

“... resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas” (BRASIL, 2006).

A efetividade do estudo sobre os DSS imprime uma demanda intersetorial e provoca questionamentos sobre a estrutura desigual da sociedade brasileira. As intervenções em quaisquer níveis do modelo devem ser ações coordenadas, incluindo diversos setores. Este trabalho pretende intensificar a informação sobre os DSS, colocando-os em evidência, de maneira que sejam incluídos na programação da equipe de saúde, como atividade rotineira de trabalho.

No entanto, a efetivação de ações diárias não se esgota em si. É preciso que esses dados sirvam para gerar discussões sobre um tema central que é o modelo de sociedade desigual, economicamente e decadente, socialmente. Quando mais pessoas se tornam miseráveis, aumentando a população abaixo da linha de pobreza, ao mesmo tempo em que o índice de suicídio aumenta entre adolescentes, é necessário refletir sobre o conjunto de fatores transversais que levam grupos dominadores irem às últimas consequências em relação à massa da população.

Toda e qualquer ação de prevenção e reabilitação de saúde deve levar a uma reflexão sobre mudanças que se fazem necessárias para a promoção da saúde, traduzindo-se em criação

de novos contextos de vida saudável e quais as implicações intersetoriais para sua efetivação. Isto é, o setor da saúde nunca poderá dar conta da construção de espaços para o lazer, praças, centros comunitários de convívio, trabalhos intergeracionais, habitação com tecnologia sustentável. Estas são estratégias que traduzem a promoção da saúde, confirmando que não adoecer não é sinônimo de ser saudável.

Ser saudável é ter acesso a um modo de vida, fruto de uma coerência social, em que o sujeito e coletividade estejam incluídos em projetos de setores da sociedade e governo, como participantes diretos, para sua efetivação. Não adoecer não é sinônimo de ser saudável.

Junto ao estudo dos determinantes ambientais estão os indicadores de saúde, que permitem a operacionalização das análises dos DSS. Os indicadores ajudam as análises locais, regionais, nacionais e globais, incorporando os problemas ambientais nas abordagens conceituais que relacionam os DSS (contexto social, econômico e político).

Embora esta pesquisa não tenha a intenção de aprofundar estudo sobre indicadores, é importante que o trabalho na atenção básica possa tê-los como ferramenta que avalie os eventos a ela pertinentes, de forma contínua.

Indicador é uma ferramenta que informa sobre a direção de determinada meta, que deixa mais perceptível uma tendência não imediatamente detectável, através de dados isolados. Não é um elemento explicativo ou descritivo, mas permite compreender a dinâmica da realidade. Por isso os indicadores são ferramentas para a tomada de decisão e para a sociedade, importante para o controle social (SOBRAL; FREITAS, 2010).

Os indicadores levam em consideração as condições de vida, a diminuição da biodiversidade como o processo de urbanização desordenado e mudanças climáticas (MONTEIRO, 2014).

A OPAS (2008) elencou elementos que definem a qualidade do indicador, em que a percepção dos fenômenos em nível local e global contribuem para situá-los e compará-los. A qualidade do indicador depende de:

- 1- Propriedade dos componentes;
- 2- Frequência de casos
- 3- Tamanho da população em risco
- 4- Precisão dos sistemas de informação
- 5- Validade – capacidade de medir o que se pretende

- 6- Confiabilidade – resultado igual em situações similares
- 7- Sensibilidade – captar o fenômeno
- 8- Especificidade – detectar somente o fenômeno estudado
- 9- Completude – dados completos
- 10- Consistência interna- valores coerentes e não contraditórios
- 11- Acessibilidade – fontes de dados fáceis de serem identificadas

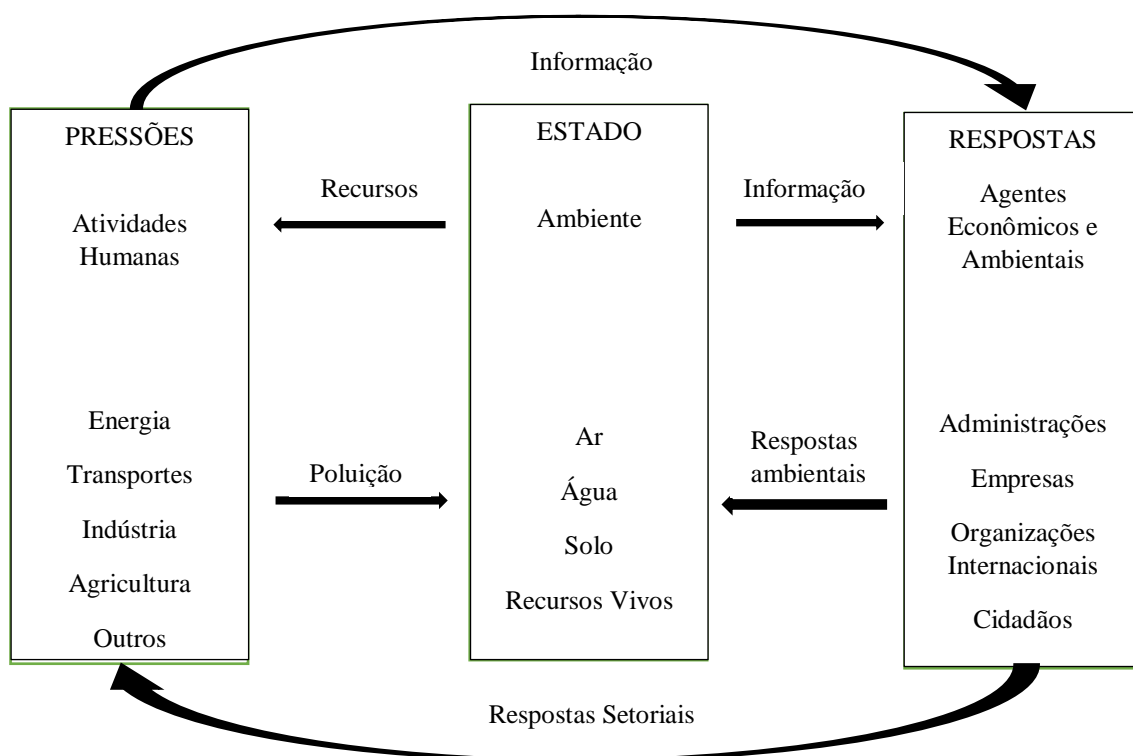
A CNDSS utilizou o modelo Dalhgren e Whitehead, que oferecia a fundamentação teórica e o sistema de indicadores denominado Força Motriz-Pressão-Situação-Exposição-Efeito-Ações (FPSEEA) para operacionalização dos indicadores. Foi importante, pois a Comissão alertou para a importância de saúde ser vista de forma mais ampla, com monitoramento contínuo e sistemático (SOBRAL; FREITAS, 2010).

O modelo FPSEEA contribui com os elementos da saúde ambiental através dos resultados de exposição à contaminação, além de analisar o resultado de pressões macro sobre o ecossistema, desde o esgotamento dos recursos naturais até as mudanças climáticas globais, que vão salientar ainda mais as iniquidades em saúde.

Os indicadores servem para operacionalizar as análises dos DSS. O FPSEEA foi elaborado pela OMS e PNUMA para abordar fatores ambientais e saúde. A partir deles, muitos outros indicadores surgiram, com a intenção de adequá-los aos interesses do estudo e às características do fenômeno pesquisado (Ibid).

O EPSEEA possibilita analisar a saúde ambiental dentro do contexto econômico e social, pois apresenta os fenômenos que propiciam alteração nos elementos do ambiente e nos indivíduos. Para cada elemento do modelo podem ser desenvolvidas diversas ações. Esta metodologia sistematiza as principais etapas do processo de geração, exposição dos riscos ambientais e os possíveis efeitos para a saúde (Ibid).

dos riscos ambientais e os possíveis efeitos para a saúde.

Figura 08 – Modelo Pressão-Estado-Resposta

CABRAL; FREITAS, 2010.

Sendo:

Pressões – Atividades humanas – Capazes de alterar o ambiente

Estado – Classificação das consequências das atividades humanas

Respostas – Ações para prevenir, reduzir ou mitigar

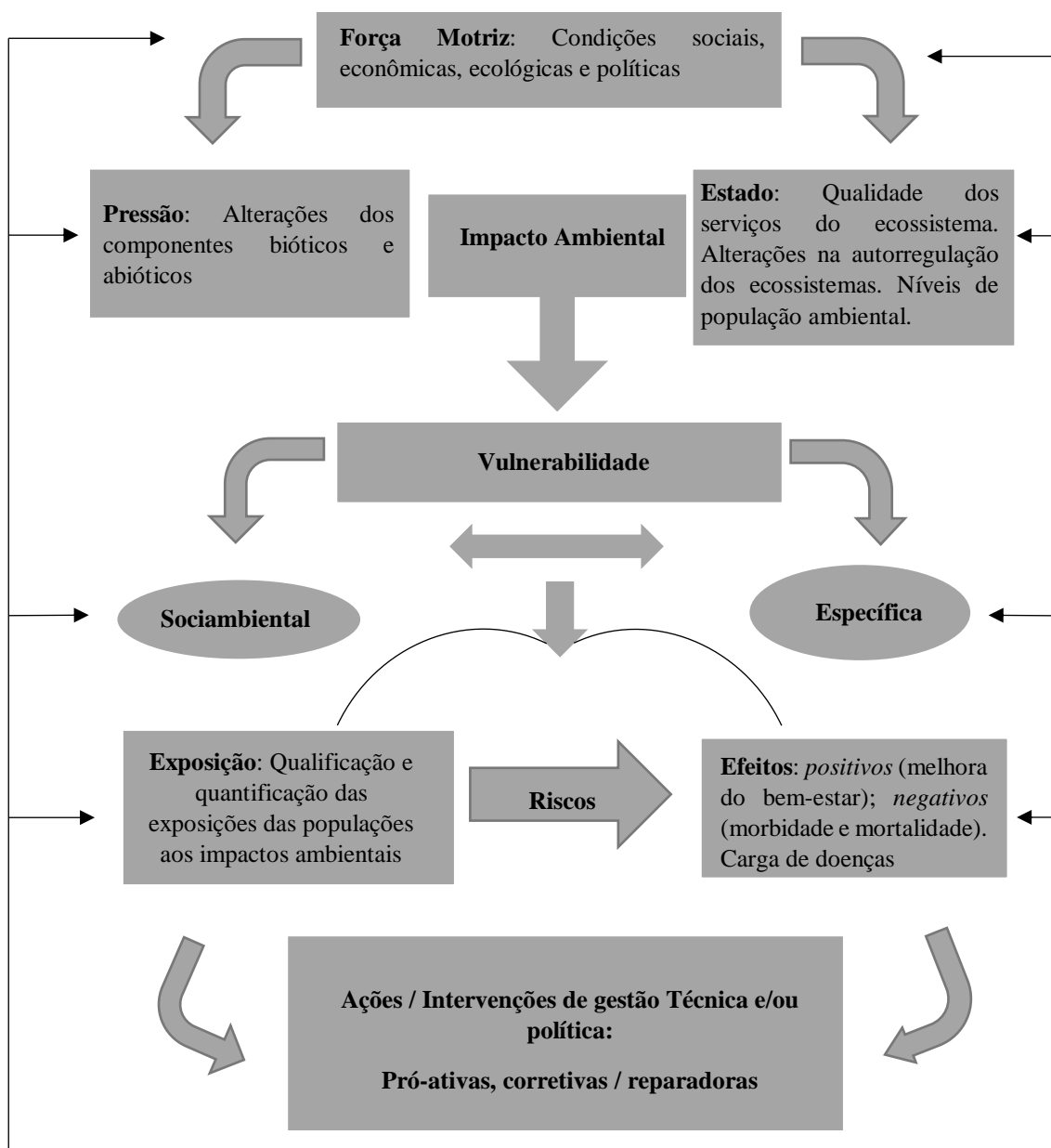
Em 2002, outro modelo de indicadores foi apresentado na Declaração de Saúde e Ambiente dos Ministros de Saúde das Américas, resultado do encontro em Ottawa, onde se comprometeram-se a ampliar as estratégias de promoção de ambientes limpos e melhorar a saúde, na tentativa de continuar o processo de diminuir as desigualdades e pobreza em seus respectivos países.

O Geo-Saúde é um modelo que tem o contexto socioambiental como sua base conceitual, na qual o desenvolvimento econômico inclui as macroestruturas socioeconômicas, políticas e institucionais, além das características dos diferentes ecossistemas. Inclui também as características da população; como se dá a ocupação no território; capacidade tecnológica; padrões de utilização, extração e disposição dos recursos; disposição dos resíduos sólidos.

O modelo considera os impactos ambientais como consequência desses fatores associados, que afetam a saúde, mediados pela vulnerabilidade da população. Os princípios do modelo são interdisciplinaridade, intersetorialidade e participação social. Indicadores servem para avaliação e gestão de riscos na sociedade e devem ser construídos com participação dos diferentes atores sociais. O modelo propõe integração de outros modelos para construir o instrumento que melhor analise a relação entre saúde e meio ambiente.

O grande diferencial deste modelo é:

- 1-Apresenta de forma hierárquica a relevância de cada componente da cadeia FPSEEA proposta para o GEO-SAÚDE;
- 2-Torna possível o conhecimento das condições de determinada unidade espacial, priorizando o que é mais relevante;
- 3-A inclusão de atores sociais na área local/municipal favorece a discussão dos problemas socioambientais e avalia seu reflexo na saúde humana e área estudada. Na prática, propõe a descentralização, espaço para diferentes visões e valoriza negociação local, propondo agenda que identifique e priorize os problemas ambientais em ordem de urgência.

Figura 09 – Modelo Geo-Saúde

Fonte: MONTOYA et. al, 2011

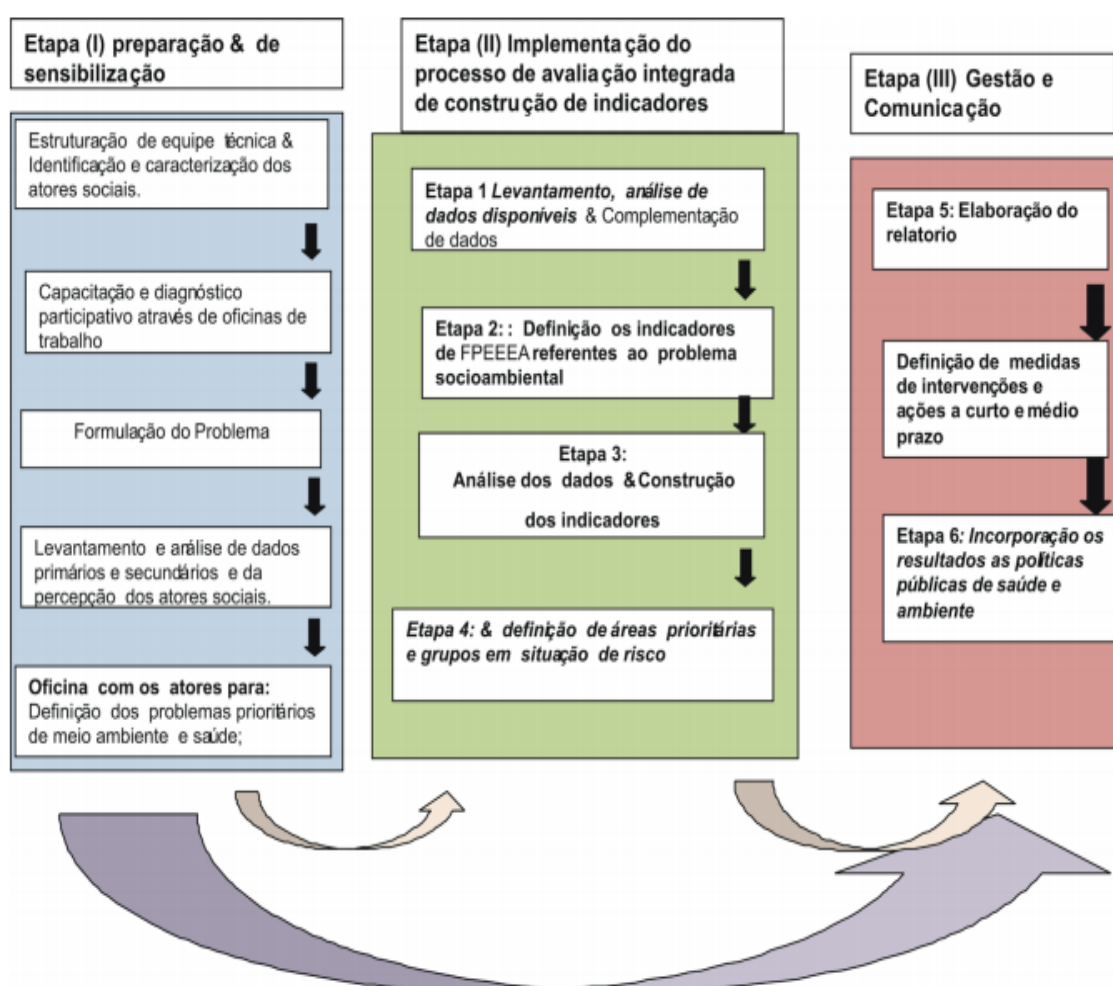
As bases que integram o modelo Geo-Saúde alinham-se aos princípios do SUS e subsequente às análises necessárias na atenção básica, que apregoa a territorialização e participação da comunidade.

A figura a seguir, apresenta o processo de construção do indicador Geo-Saúde em três etapas:

- 1- Avaliação participativa, interdisciplinar e intersetorial do problema formulado – atores e setores que tratam dos efeitos dos determinantes socioambientais sobre a saúde;
- 2- Levantamento, seleção e análise de indicadores (já existentes) e construção de indicadores integrados (as categorias referentes ao processo saúde-doença);
- 3- Participação da gestão na implantação de ações prioritárias:

Os passos para a avaliação de percepção dos problemas de saúde e ambiente, durante a etapa de preparação e sensibilização do processo Geo-Saúde (Ibid), são relevantes nesse processo, pois este componente é o que o difere dos outros modelos de indicadores.

Figura 10 – Etapas do Modelo Geo-Saúde



Fonte: MONTOYA et. al, 2011

O modelo Geo-saúde foi pensado e projetado para garantir poder à sociedade. Estudos sobre os determinantes socioambientais revelam situações nacionais e internacionais de desigualdade e consequentemente, impactos sobre a saúde e o meio ambiente.

No terceiro milênio, com o alto nível de tecnologia alcançado, não conseguimos superar alguns problemas relacionados ao processo saúde-doença. Os indicadores servem para constatação, reflexão e busca de soluções. Sabe-se que a complexidade dos fatores relacionados à saúde passa pelo campo científico, técnico, mas principalmente pela direção política que lhe é dada.

A distribuição espacial da maioria da população brasileira e mundial está longe do bem-estar sugerido pela OMS. As pessoas bebem água poluída, vivem perto dos seus dejetos fecais e resíduos sólidos que atraem animais.

2.3- Indicadores, saneamento e promoção de saúde

As doenças ambientais são as principais evidências da desigualdade social (BARATA, 2009). Mesmo que as pessoas individualmente tivessem todo o cuidado, não seriam capazes de se manterem saudáveis devido ao ambiente onde vivem. A distribuição espacial das doenças está diretamente associada aos lugares onde as pessoas vivem seu cotidiano.

Saneamento como todos os conceitos vem sendo construído socialmente, de acordo com a acumulação de conhecimento e entendimento cultural, que se aproxima-se da realidade, retratando o momento histórico em que se vive.

Segundo a Lei 11.445 (BRASIL, 2007a), saneamento básico é:

“Abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente; disponibilidade em todas as áreas urbanas, de serviços de drenagem e manejo das águas pluviais, limpeza e fiscalização preventiva das respectivas redes, adequados à saúde pública e à segurança da vida e do patrimônio público e privado; adoção de métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e regionais; adoção de métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e regionais (BRASIL, 2007a).

Outras sistematizações aglutinadas por Moraes e Borja (2014) apresentam o saneamento básico com uma significação política, que indica o saneamento como ação pública que deveria ser prioritária e por isso mesmo a denominação *básico*, diferentemente do saneamento sanitário que se apresenta de forma mais técnica e exclui algumas ações incluídas no primeiro.

Acrescenta-se ao conceito de saneamento a associação de orientações de controle patogênico e seus vetores; o entendimento sobre o tema, em que a preocupação com a qualidade de vida ultrapasse as medidas técnicas; abastecimento de água em quantidade suficiente para assegurar a higiene adequada e o conforto, com qualidade compatível com os padrões de potabilidade; controle ambiental de roedores, insetos, e outros vetores e reservatórios de doenças.

Tratar das desigualdades é enfrentar as doenças com a prevenção, mas muito mais do que isso é orientar-se para a promoção da saúde. O saneamento é o primeiro direito básico negado à população de baixa renda, que vive nos lugares menos protegidos pelo Estado. (SOUZA et al, 2015).

Estudos realizados pela autora mostram:

- Mais de 50% da população brasileira não tem coleta de esgoto;
- 3.500 piscinas olímpicas de esgoto são jogadas por dia nos rios e mares;
- 1 moeda investida em saneamento economiza 4 moedas em saúde;
- O Brasil é o **112º** lugar em saneamento, entre 200 países;
- 4 milhões de brasileiros não têm banheiro.

No mundo:

- ¼ das mortes do planeta são causadas por doenças relacionadas ao meio ambiente;
- A diarreia é a causa de 29% dessas doenças;
- 1,7 milhões de pessoas morrem anualmente por fornecimento inadequado de água, higiene e saneamento;
- 7 pessoas morrem por minuto por causa da água insalubre;
- Mais de 1 bilhão de pessoas não têm acesso a banheiro;
- 2,6 bilhões de pessoas não têm acesso ao serviço de saneamento;
- 900 milhões de pessoas não têm acesso à água potável;
- 1 bilhão de pessoas não tem banheiro, no mundo.

Mais da metade da população brasileira (53%) não tem acesso ao saneamento adequado e levaria cento e quinze anos, mantendo-se o ritmo atual de investimento, para a totalidade do serviço. Pode-se constatar a relação direta entre a cobertura de saneamento básico e a morbidade por doença diarreica, pois eleva-se o índice da doença, à medida que as condições sanitárias são mais precárias.

Os dados epidemiológicos abaixo, relacionados às doenças parasitárias ocorridas em Lagarto (SE), apresentam dois aspectos importantes: as doenças infecciosas e parasitárias lá ocorridas são quase cinco vezes maior do que o município Pirassununga (SP), um dos mais elevados IDH do país; e essas mesmas doenças têm índice próximo às doenças do aparelho circulatório, maior causa de mortalidade do mundo (WHO, 2014).

Tabela 03 – Comparação de doenças entre os municípios Lagarto (SE) e Pirassununga (SP)

DISTRIBUIÇÃO DE DOENÇAS	2009 (%)
INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	9,1*
Aparelho circulatório	10,5
*Pirassununga (SP)	1,9

Fonte: DATASUS, 2010

Existe estreita ligação entre desenvolvimento, ambiente e saúde. O modelo de sociedade define as prioridades de governo, relação com os recursos disponíveis e consequências de sua utilização.

O saneamento é o mais importante elemento que implica impactos dos determinantes socioambientais na saúde. A Declaração da Assembleia Geral da ONU, em 2010, “O acesso à água potável e ao saneamento é um direito humano essencial ao pleno gozo da vida e de todos os outros direitos humanos”, foi um apelo aos países detentores de tecnologia a contribuírem com soluções para problemas evitáveis que provocam impactos diretos na saúde humana.

Saneamento pode ser compreendido como um processo que inicia com o tratamento da água para consumo humano até a devolução dos resíduos sólidos ao meio ambiente, de forma tratada e saudável. A água potável, após o consumo humano, sai da residência, misturada à matéria orgânica, com o nome de esgoto. O tratamento do esgoto tem o objetivo de desfazer essa mistura e devolver o esgoto tratado para o ambiente. Há sistemas que diminuem os problemas causados pela falta da rede de esgoto, mas não impedem a possibilidade de doenças:

- Fossa séptica – Faz a separação e a transformação físico-química. São feitas a separação e a transformação físico-química da matéria sólida. Na falta do tratamento completo de esgoto, pode ser usada em casas distantes entre si, comum em área rural, mas inadequada para casas

próximas entre si. Em geral, é jogada diretamente na rede pluvial. O tratamento não é completo como numa estação de tratamento de esgotos. Há necessidade de retirar os dejetos periodicamente. É proliferadora de vetores e odor desagradável.

- Fossa rudimentar – Um espaço cavado no subsolo, com a intenção de ser depósito dos dejetos da casa, feita de forma artesanal, pode atingir o lençol freático, contaminando o ambiente e causando impactos na saúde.

- Valões, córregos, rios e praias – a água usada na casa ou imóvel, após mistura com matéria orgânica é devolvida diretamente aos espaços públicos, através de valões ou jogados diretamente, atingindo os recursos hídricos de superfície.

Figura 11 – Córregos com esgoto em vias públicas

Reconhecimento do território pelos alunos (SE)



Fonte: MACHADO, 2015 (Arquivo)

As principais doenças/sintomas, denominadas doenças ambientais, causados pela falta de saneamento básico são:

- Diarreia infecciosa – adquiridas pela ingestão de comida ou água contaminada. Grupos mais atingidos são crianças e idosos e podem chegar a óbito, devido à desidratação;
- Cólera – transmitida pela água, provoca diarreia, câibras, náuseas e dores abdominais;
- Leptospirose – transmitida pela água e por alimentos contaminados pela urina de animais, principalmente ratos. Sintomas são febre alta, calafrio, dor muscular, vômito e cefaleia;

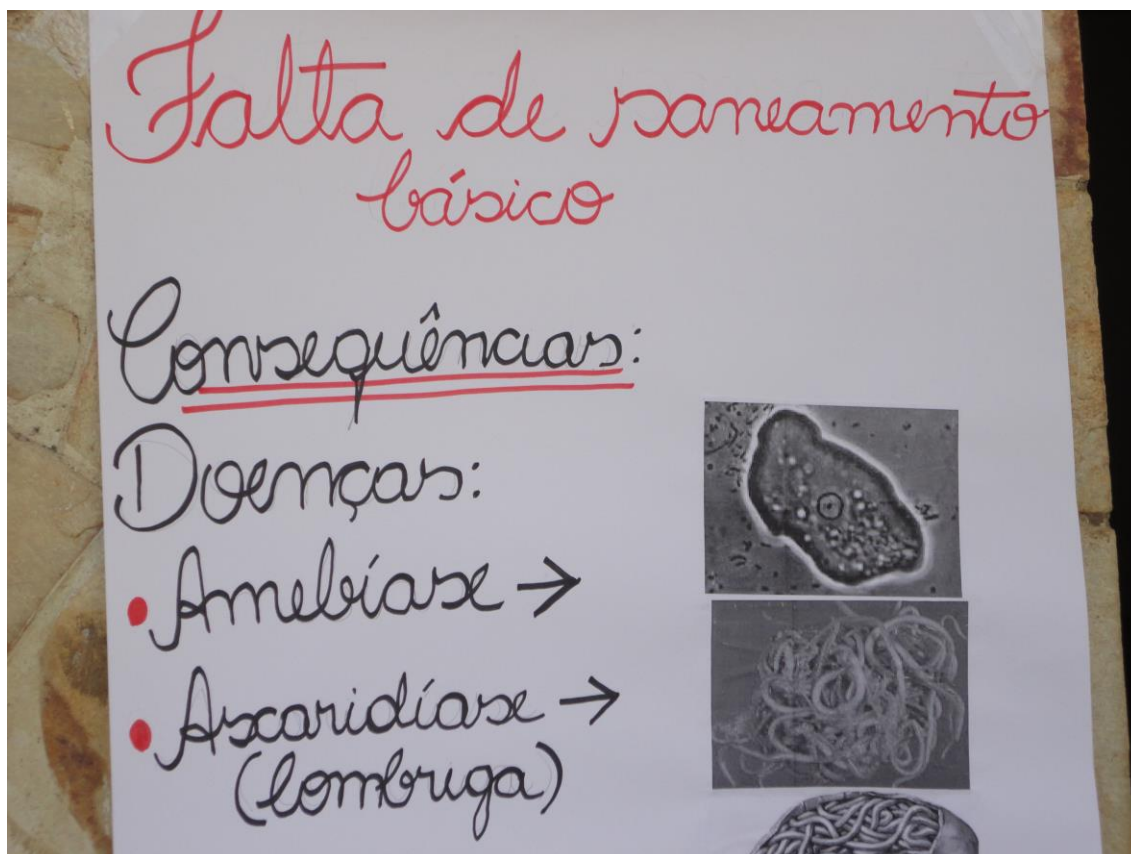
- Hepatite A é causada pelo vírus da hepatite A. Transmitida por ingestão de água ou alimentos contaminados com matéria fecal. A pessoa elimina o vírus nas fezes, contamina a água. Se não há tratamento da água, pode proliferar-se. Se houver tratamento adequado, as substâncias químicas para a limpeza, poderiam resolver a descontaminação. Outra maneira de infectar é a manipulação de alimentos sem lavar as mãos com higiene inadequada após evacuar;
- Esquistossomose – adquirida na água doce que tem larvas de parasitas. Através da pele, instalam-se nas veias do intestino ou rim. Duzentas e quarenta milhões de pessoas no mundo são atingidas. Misturados às fezes, caem em meio externo, em lugares não apropriados, água parada. Os sintomas são diarreia, dores e problemas em vários órgãos internos;
- Vermes – os sintomas de vermes surgem devido à ingestão dos ovos desses microrganismos, que estão presentes na terra, carnes cruas ou superfícies sujas;
- Hanseníase – também conhecida como lepra, é uma doença infecciosa causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae*. Uma das doenças mais antigas já registradas na literatura, a doença é curável. Os países com maiores incidências são os menos desenvolvidos ou em condições precárias de higiene e superpopulação. Em 2011, o Ministério da Saúde registrou no Brasil mais de 33 mil casos da doença;
- Parasitoses – Os parasitas intestinais incluem um amplo grupo de microrganismos, dos quais os protozoários e os helmintas são os mais representativos. A via fecal-oral é a principal forma de transmissão, a partir da água ou alimentos contaminados.

As parasitoses intestinais são muito frequentes na infância. São consideradas problema de saúde pública, principalmente nas áreas rurais e periferias das cidades dos países chamados subdesenvolvidos, onde são mais frequentes. As parasitoses são a doença mais comum do mundo, atingindo cerca de 25% da população mundial (1 em cada 4 pessoas). Sua transmissão depende das condições sanitárias e de higiene das comunidades. Além disso, muitas dessas parasitoses relacionam-se a déficit no desenvolvimento físico, cognitivo e desnutrição;
- Estamoeba – o modo de infecção é fecal-oral, ou seja, o homem se infecta ao ingerir cistos presentes na água ou nos alimentos contaminados;
- Toxoplasmose – causada por um dos parasitas mais comuns do mundo. Ela pode ser adquirida por meio da ingestão de alimentos contaminados – em especial carne crua ou malpassada, principalmente de porco e de carneiro - e vegetais que abriguem os cistos do *Toxoplasma* após terem tido contato com as fezes de animais hospedeiros;
- Giardíase – é uma infecção intestinal causada por um parasita microscópico que é encontrado em todo o mundo, especialmente em áreas com más condições de saneamento e

água contaminada. A giardíase é marcada por cólicas abdominais, flatulência, náuseas e episódios de diarreia.

Seguem fotos do arquivo da autora, em trabalhos que respondem às demandas solicitadas pela comunidade, relacionando saúde aos determinantes ambientais:

Figura 12 – Trabalho de educação em saúde dos alunos com a população – Lagarto (SE)



Fonte: MACHADO, 2013 (Arquivo). Alunos em roda de conversa sobre resíduos sólidos e parasitose

Figura 13 – Resíduos sólidos em via pública



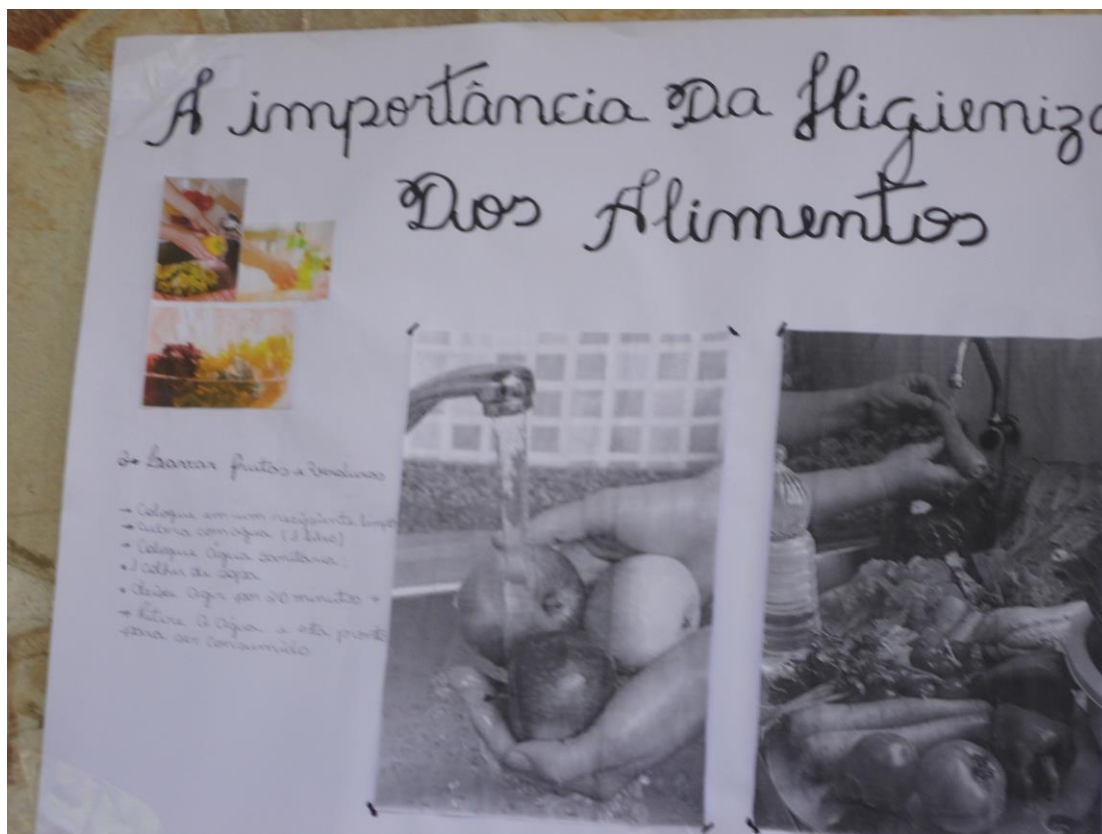
Fonte: MACHADO, 2013 (Arquivo)

Figura 14 – Alunos e comunidade em mutirão, recolhendo resíduos sólidos



Fonte: MACHADO, 2011 (Arquivo)

Figura 15 – Trabalho de educação em saúde sobre parasitose



Fonte: MACHADO, 2013 (Arquivo)

Algumas reflexões trazidas por Souza (2015) sobre saneamento extrapolam o tema e servem para o debate amplo sobre determinantes socioambientais.

- A visão mais ampliada em relação ao saneamento e condições do ambiente leva ao enfrentamento das doenças anteriormente citadas, causadas pelos determinantes socioambientais mas, acima de tudo, uma visão orientada para a promoção da saúde

- Os atendimentos ambulatoriais e internações seriam evitados somente se, e somente se, os direitos essenciais da vida humana não fossem violados, conforme Declaração da ONU.

- Uma população que se encontra em nível de necessidades de cuidados tão básicos que ainda não solucionaram essas doenças evitáveis deixa cada vez mais longe o desejo de acesso a outros tipos de realização social.

- O saneamento é o primeiro fator social de desigualdade. No entanto, somente as grandes epidemias levam a atenção para as condições do território, numa visão higienista hegemônica que contraria a perspectiva de um saneamento a partir da cultura local, ouvindo a população para implementar as melhores alternativas.

- Na década de oitenta, época da construção do SUS, segundo a autora, o saneamento foi visto somente com o caráter de prevenção, como acontece com outros determinantes socioambientais da saúde. No entanto, as questões são muito maiores, conectadas com o modelo de desenvolvimento que envolve dimensão econômica e política.

- Portanto, ambiente, saúde e desenvolvimento estão interligados e são a essência do modo de vida dos grupos populacionais. Não é possível tentar resolver algum deles isoladamente.

- Os piores indicadores de desenvolvimento e equidade estão associados aos piores indicadores de saneamento e saúde.

- O tratamento dado aos determinantes ambientais traduz o conceito que o Estado e a sociedade têm em relação aos mínimos direitos humanos. Na assembleia da ONU, dos 192 países filiados, 41 votaram contra o direito mínimo ao saneamento. Isso revela o nível de princípios de solidariedade e a definição de prioridades dos governos.

Estudar os determinantes ambientais e propor o trabalho da equipe com os indicadores do modelo Geo-Saúde possibilitam denunciar as condições de vida de grupos populacionais e as desigualdades sociais; defender novas estratégias políticas e coletivas; sintetizar grande quantidade de dados qualitativos; e, acima de tudo, contribuir com novas informações para novas intervenções na tomada de decisão, levando-se em consideração que o território tem muito a revelar sobre questões básicas sobre o saneamento.

No debate atual, o saneamento não se resume a afastar doenças, mas encampar o conceito de promoção de saúde, que leva em consideração instrumentos e ferramentas que cada grupo tem para solucionar seus problemas, envolvendo educação, paz, habitação e justiça social (Ibid).

Por sua vez, a contaminação da água consumida é uma das maiores causas de doenças ambientais. A precipitação é infiltrada no subsolo, como um processo natural de recarga do lençol freático. No entanto, os resíduos sólidos que não são recolhidos e tratados adequadamente expõem o chorume, um líquido produzido a partir da decomposição das substâncias do resíduo, orgânicas e inorgânicas, que seguem juntamente com as águas pluviais para o subsolo, levando metais e outras substâncias adversas à saúde humana (MARQUES, 2011).

O chorume é a maior ameaça à saúde, pois ele penetra em camadas mais profundas do subsolo, contaminando a água a ser consumida. E ele também se espalha nas superfícies dos arredores do resíduo, onde são acumulados, por falta de política apropriada ao descarte.

A Política Nacional de Resíduos Sólidos, Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, dispõe sobre a gestão integrada e corresponsável de resíduos sólidos, bem como sobre seu gerenciamento, incluídas as prefeituras municipais. Dispõe ainda sobre as responsabilidades dos geradores e do poder público, bem como prevê que estão sujeitas à observância desta Lei, as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, responsáveis, direta ou indiretamente, pela sua geração e destinação, indicando sanções e penalidades pelo seu não cumprimento, em acordo com a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998.

A lei determina que a sociedade deverá dar destino ambientalmente saudável aos resíduos sólidos e aos rejeitos (BRASIL, 2010a). No Brasil, 3.427 municípios (do total de 5.565) destinam o lixo aos lixões, sem nenhum tratamento ou aproveitamento. A geração de resíduos sólidos no Brasil atingia até 2006 o montante de 241 mil toneladas/dia, dos quais 90 mil de origem domiciliar. Este total equivalia a uma produção média diária de 1 kg por habitante (SILVA; OLIVEIRA; MARTINS, 2007).

A política vem enfatizar a responsabilidade ambiental de toda a sociedade. No entanto, é de conhecimento geral que os espaços ocupados pela população mais pobre são os mesmos lugares que não recebem coletores de resíduos com periodicidade semanalmente organizada e são os locais escolhidos para construir os lixões e os aterros sanitários controlados, quando existem.

Em sociedades mais avançadas, parte do lixo se transforma em fonte de renda. A reciclagem pode atuar desde o processo de seleção e separação dos resíduos até sua transformação em produto de consumo, como exemplos: entulho de obra e resíduos de construção, transformados em pisos e revestimentos; alimentos, em adubo orgânico. Ao mesmo tempo, evitaria a formação dos lixões, que se localizam em áreas periféricas das cidades, resultando em doenças ambientais.

Estudos mostram que populações do entorno de lixões apresentam níveis elevados de metais pesados na corrente sanguínea. Aumenta a exposição da população a riscos, relatado aumento de alguns tipos de câncer, anomalias congênitas, baixo peso ao nascer, mortes neonatais e abortos, além das consequências da incineração de resíduos: (GOUVEIA, 2012).

“Apesar de pouco utilizada no Brasil, a incineração de resíduos também traz riscos à saúde uma vez que produz quantidades variadas de substâncias tóxicas, como gases, partículas, metais pesados, compostos orgânicos, dioxinas e furanos emitidos na atmosfera. A contaminação de populações residentes em áreas próximas a incineradores se dá diretamente (pela inalação de ar contaminado) ou indiretamente (por meio do consumo de água ou alimentos contaminados, ou contato dérmico com solo contaminado). Vários estudos apontam que a exposição da população à emissão de incineradores está associada a um risco aumentado de alguns tipos de câncer, assim como de desfechos indesejados da gravidez, baixo peso ao nascer e anomalias congênitas. (GOUVEIA, 2012).

É preciso políticas que estimulem a reciclagem da maior quantidade de lixo possível, a fim de que os produtos retornem para o ciclo produtivo e diminua a contaminação do solo e subsolo. De qualquer forma, o processo de separação e seleção dos resíduos desde o seu início inclui riscos à saúde dos catadores, diretamente envolvidos com o manejo.

Mais uma vez se evidencia a necessidade da intersectorialidade na complexidade que envolve os determinantes ambientais da saúde e o comprometimento da saúde coletiva, que em sua natureza já é um olhar “intersectorial” acadêmico, visto que une a epidemiologia, saúde pública e ciências sociais.

É um desafio científico, ambiental, social e econômico. Mas acima de tudo, os fenômenos naturais e as mudanças climáticas relacionadas à ação antropogênica só terão seriedade e profundidade quando as ações políticas assim orientarem-na e tenham a clareza do significado da relação entre doenças ambientais, desigualdade social e iniquidade em saúde.

3- MÉTODOS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

3.1- Métodos

A pesquisa científica busca responder um problema a partir de procedimentos científicos (GIL, 2010). Para tanto, existem tipos de pesquisa que se adequam melhor e facilitam atingir o objetivo desejado. A pesquisa de natureza qualitativa enfatiza e valoriza a compreensão mais profunda sobre questões sociais, políticas e culturais, de onde nem sempre a essência pode ser captada através de dados estatísticos.

Estes princípios nortearam a pesquisa e sua maior importância está nas narrativas das experiências dos entrevistados - os profissionais das equipes de saúde da família, seu modo de comportamento nas práticas cotidianas: A entrevista baseada em questionário semiaberto (Anexo 01) possibilitou não só respostas específicas, mas também relatos e expressões que ultrapassam a mensagem transmitida verbalmente; as observações registradas no diário de campo, a partir do acompanhamento às equipes no território, em visitas domiciliares fecharam a aproximação com o cotidiano que se desejou estudar.

A pesquisa conta também com outras bases de informações: registros em prontuários dos usuários de duas unidades básicas de saúde de Lagarto (SE); dados da Secretaria Municipal de Saúde e outros órgãos de Saúde; informações do IBGE e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) –, sistematizadas sobre Lagarto e Brasil; e criação de categorias de respostas, baseada na teoria da análise de conteúdo (BARDIN, 1977), incluindo elementos que foram quantificados e destacados, principalmente, sobre os determinantes ambientais da saúde (DAS), a serem detalhados posteriormente.

Diferentemente das ciências naturais, a pesquisa qualitativa nas áreas humana e social modifica-se enquanto seu tempo exploratório. A aproximação com o campo de observação nos leva à adequação de novas questões, tanto no que diz respeito aos instrumentos, quanto aos grupos de pesquisa (GIL, 2010). Portanto, alterações foram necessárias para melhor adequação da pesquisa.

Minayo et al. (2011) afirma que a realidade social será sempre mais rica do que os possíveis recortes que a ciência possa fazer diante de um objeto a ser estudado. No entanto, acrescenta que é possível se utilizar de instrumentos e amostras capazes de uma aproximação com os fenômenos que circundam o ser humano.

Para melhor compreender as motivações da equipe em seus procedimentos diários, este trabalho teve o caráter de pesquisa descritivo-exploratória, que se caracteriza pela busca documental, entrevistas e estudo de campo, a fim de aproximar-se dos fatos de forma mais efetiva.

3.1.1- Pesquisa Documental

A pesquisa documental se utiliza de material referente ao tema a ser estudado, de onde se possa extrair informações para análise e interpretação de dados que interessem na pesquisa. Relatórios, registros estatísticos, documentos oficiais fazem parte de documentos que podem ser utilizados. A pesquisa documental oferece dados em quantidade, em menor tempo do que seria a entrevista de cada indivíduo envolvido naqueles registros (GIL, 2010).

O tempo é um aspecto importante neste tipo de pesquisa, dando uma dimensão de contextualização, de acordo com o momento histórico (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009) e proporcionando fazer comparações diante de mudanças encontradas sobre o mesmo fenômeno.

A pesquisa documental sugere etapas para o melhor aproveitamento do material estudado (Ibid). Segue desde a observação dos documentos que lhe possam ser úteis até a interpretação dos registros encontrados: manuseio e exame do documento; sua descrição; armazenamento de informações; organização e fichamento dos documentos em categorias; análise quantitativa; e interpretações e por fim, a síntese das informações (Ibid).

Inicia-se com uma tarefa descritiva, armazenando-se informações de acordo com o interesse a ser pesquisado. Logo após, criam-se categorias que aglutinem todas as informações, mas de modo sintetizado por semelhança de características. A terceira etapa trata do fichamento e análise quantitativa dos dados. E por fim, o que mais interessa nesta pesquisa, uma leitura qualitativa dos registros em prontuários, a partir da análise histórica de cada prontuário e relatório dos profissionais, principalmente as queixas recorrentes, relacionadas aos determinantes ambientais da saúde, como escrevem e o que valorizam.

Além dos prontuários dos usuários, o DATASUS — também teve relevância para obterem-se os dados absolutos do município de Lagarto e outros que se fizeram necessários para o estudo. O DATASUS coleta, processa, sistematiza e divulga as informações de saúde de todo o território nacional. Através dele, pode-se obter dados, entrelaçar, comparar e complementar informações, desde o território, passando pelo atendimento especializado, até os hospitais da alta complexidade.

O DATASUS aponta para reflexões que possam solucionar ou minimizar problemas relacionados à saúde de cada lugar e, ao mesmo tempo serve para avaliar ações efetivadas, classificando-as em bem-sucedidas ou não.

Os sistemas de informação compõem o DATASUS. Há o SIH (Sistema de Informação Hospitalar); o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade); o SIA (Sistema de Informação Ambulatorial); o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), dentre outros. O SIAB foi criado em 1998, substituído pelo e-SUS. Registra o mapeamento epidemiológico de território definido.

A Secretaria de Saúde divide o território e as unidades básicas de saúde (conhecidas pela maioria da população pelo nome de postinho de saúde) atendem a um determinado número de habitantes, que se tornam a elas adscritos. A unidade básica de saúde divide o território em áreas, coordenadas por um profissional de nível superior, em geral enfermeiras(os). As áreas são formadas por microáreas, pelas quais um agente comunitário de saúde é responsável por visitas, cadastros e registro de atividades e eventos de saúde realizados, juntamente com o coordenador de equipe. Mensalmente, as áreas agrupam informações e reunidas por cada unidade básica, os dados são enviados para a Secretaria Municipal de Saúde que na sequência envia para o DATASUS.

O e-SUS quantifica os eventos da Atenção Básica. A equipe de saúde da família prepara ações necessárias para dar resposta às demandas do território, a partir das informações nele apontadas. Mensalmente, o e-SUS fornece subsídios não só para implementação de ações, mas também auxilia o acompanhamento e avaliação das atividades, visto que nele estarão novos dados que demonstrarão se as atividades desenvolvidas foram eficientes ou não.

Sua maior importância para a Atenção Básica é o mapeamento epidemiológico do território, que fornece dados para a construção de políticas locais de saúde, além de que os dados contribuem para a reflexão sobre as causas e os efeitos da assistência, mostrando o estado de saúde em que se encontram os indivíduos e a coletividade.

Os relatórios e documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde que se referem à atenção básica e aos determinantes de saúde também foram explorados. São documentos dinâmicos, principalmente nas mudanças ocorridas nos dois últimos anos, com nova gestão do Ministério.

3.1.2- Entrevistas e estudo de campo

A entrevista é o contato do pesquisador com alguém que tem informação sobre o tema pesquisado. As entrevistas com os profissionais da equipe de saúde levantaram informações sobre como as pessoas fazem ou percebem o tema estudado. A entrevista semiestruturada baseou-se em questionário coerente, com vocabulário adequado a cada grupo estudado, possibilitando o aprofundamento do problema pesquisado. Foi mantida a uniformidade, sem com isso deixar de usar a criatividade para colher a maior quantidade de dados relevantes à pesquisa.

O questionário foi chamado de questionário-guia, pois cada profissional tinha ênfase em sua área de atuação específica. Portanto, o instrumento foi utilizado como um guia, mas não de forma absoluta igual para todos.

A entrevista facilita ao pesquisador a comunicação que ultrapassa as respostas objetivas e a fala direcionada a um tema, mas é também capaz de fornecer dados que uma tabela quantificadora jamais poderia oferecer como dado importante no trabalho humano em saúde. São muitos elementos que envolvem uma ação de saúde, incluindo a subjetividade do que cada um constrói ao longo da vida e o que aparece diante de uma relação, em determinado lugar, em determinada condição e em determinada relação de poder e hierarquia, mesmo que subliminarmente.

Foram preparadas com antecedência as entrevistas, baseadas no questionário semiaberto e testado para verificação de possíveis erros de estrutura e interpretação das perguntas. Para agilizar o processo, foram gravadas, com a autorização dos entrevistados, após a submissão da pesquisa na Plataforma Brasil, conforme a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

A equipe de saúde tem a rotina de visitas domiciliares, além dos locais denominados equipamentos sociais, que podem ser creches, escolas, associação de moradores e centros comunitários. A observação do trabalho da equipe no território junto à comunidade contribuiu para o aprofundamento das questões estudadas e melhor compreensão sobre a relação dos princípios apregoadas pelo SUS e a concepção de saúde que têm os profissionais da saúde, na perspectiva do meio ambiente e saúde. A ida ao território propiciou assistir e ouvir sobre os determinantes ambientais da saúde e amplia as impressões sobre o estado de saúde dos usuários, inclusive possibilita remeter-se aos registros nos prontuários.

O diário de campo é utilizado para anotar, sintetizar o que é observado e analisar os dados registrados, que podem ser desde a conversa com um comunitário até a expressão coletiva de um grupo. O diário de campo, base do método etnográfico, utiliza a escrita para traduzir todos os eventos observados, diariamente, sejam falas, símbolos, manifestações e lugares relacionados ao objeto estudado (WEBER, 2009).

O diário tem potencialidade expressiva que une registro escrito, reflexão, integra o expressivo e referencial, e possui caráter histórico e longitudinal (ZABALZA apud SOUZA, 2012). A escrita recria a experiência vivida, envolvendo emoção e intuição. Todo o processo necessita de estruturação, organização, releitura, reflexão e modificação do texto.

Em todas as formas de intervenção, seja a entrevista, seja a observação, o pesquisador procura não fazer intervenções que possam alterar o curso do diálogo e descrição do entrevistado. A entrevista procura seguir uma sequência lógica de assuntos, uma linguagem adequada, coerente e clara, a fim de se evitar dupla interpretação e causar desvios nas respostas. O diário de campo registra as observações importantes para os procedimentos da pesquisa que foram considerados:

- a) Em espaço institucional, deve haver um acordo claro com os seus responsáveis e entrevistados sobre o detalhamento da pesquisa, incluindo o cronograma;
- b) Quais são os itens observados;
- c) Confecção de uma planilha com as categorias de interesse da pesquisa, que ajudam na compilação das informações obtidas, além de espaço para anotações sobre fatos inesperados.

A entrevista, o diário de campo e a pesquisa documental utilizados neste trabalho têm a intenção de que os resultados encontrados aprimorem a visibilidade dos determinantes ambientais da saúde no cotidiano do trabalho da equipe de saúde na atenção básica. A pesquisa exploratória é uma abertura para novas sequências de estudos que possam aprofundar e dar soluções criativas ao problema estudado.

Quanto ao contato mais próximo dos participantes, a pesquisa utilizou-se dos princípios da pesquisa descritiva, em que os fenômenos estudados são melhor compreendidos quando o pesquisador conhece a visão dos participantes sobre o tema. Tem o objetivo de identificar as características e dimensões que se relacionam com o fenômeno estudado (MINAYO et al., 2011).

Na coleta de dados, os elementos obtidos e a relação entre eles são portadores de significação, que muitas vezes escapa ao domínio do mensurável da abordagem quantitativa (MINAYO et al., 2011).

Para melhor análise da pesquisa social, é importante que sejam observados, no máximo possível, os passos que começam no estabelecimento de categorias e o rígido procedimento de relatórios durante toda a pesquisa (Gil, 2010).

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Os prontuários e o diário de campo sobre as atividades realizadas com os protagonistas da pesquisa foram detalhadamente estudados. Suas informações cruzadas elevam a compreensão sobre os elementos pesquisados. Sua importância é a transformação em análise, que deve responder (ou não) às questões formuladas no início da pesquisa e assim ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado (GOMES, 2011).

3.1.3- Abordagem Análise de Conteúdo dos dados

A escolha sobre o objeto a ser estudado converge para tipos de análise que mais se aproximam da resposta à instigante pergunta promovida no início do trabalho e que se espera ser respondida ao final da tese. Deve haver coerência entre o objeto estudado e a base teórica referente à análise dos dados, a fim de que se possa extrair da coleta os elementos importantes que decifram as questões levantadas no estudo. O “como” estudar o que foi levantado é fundamental para não se perder nenhum conteúdo que engrandeça a pesquisa.

Dentre as abordagens ancoradas na pesquisa qualitativa, escolheu-se a Análise de Conteúdo, que tem a capacidade de desvendar crítico (BARDIN, 1977). As informações verbais e não verbais se enquadram em sua formulação teórica, ajustando-se ao objetivo desta pesquisa.

Neste trabalho, a pesquisa qualitativa é a mais apropriada para compreender a percepção da equipe de saúde sobre os determinantes ambientais da saúde. Foi buscar contribuições no universo das descrições dos eventos, tanto nos prontuários, como nas entrevistas e visitas domiciliares. Eventos mais frequentes e menos frequentes foram quantificados e agrupados, a fim de aumentar a qualidade do estudo, através das categorias propostas por Moraes (1999) e Bardin (2016).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que fornece uma análise da comunicação. O método formado por várias técnicas serve para analisar os dados da pesquisa,

nos seus significados de comunicação e conteúdo simbólico (Ibid). Além da expressão verbal, a expressão corporal, gestos e entonações são relevantes nesta abordagem. A pesquisa aqui realizada é revestida de interação entre a pesquisadora e os participantes de diferentes espaços, além dos prontuários, onde as anotações, falas e relatos traduzem, além das palavras ditas e escritas.

A matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal, como cartas, cartazes, jornais, revistas, informes, livros, relatos auto-biográficos, discos, gravações, entrevistas, diários pessoais, filmes, fotografias, vídeos, etc. Contudo os dados advindos dessas diversificadas fontes chegam ao investigador em estado bruto, necessitando, então ser processados para, dessa maneira, facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência a que aspira a análise de conteúdo (MORAES, 1999).

A análise de conteúdo é uma teoria sobre comunicação. Portanto, orienta-se a “quem fala”, buscando características de quem emite a mensagem; “dizer o quê?”, procura-se aqui o valor da informação e os argumentos; em se tratando de “a quem?”, a pesquisa terá interesse no tipo de receptor; quando se trata de “como?”, volta-se para a importância dos códigos e estilo de linguagem e meios de transmissão da mensagem; quando se direciona a “com que finalidade?”, a ênfase está nos objetivos explícitos ou implícitos da mensagem; ao valorizar “com que resultados?”, a pesquisa quer identificar os resultados efetivos da comunicação e avaliar a congruência entre a mensagem e o que foi entendido. Mais de um dos itens acima podem estar presentes em uma única pesquisa (Ibid). Neste trabalho, valorizam-se, segundo o autor, “quem fala” “dizer o quê?”.

A análise de conteúdo contribui para uma ruptura do sentido quantificador como o caminho exclusivo de cientificidade, pois mesmo os procedimentos sendo sistemáticos com objetividade, inclui a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção. Não nega a subjetividade que existe na pesquisa. No entanto, é preciso que as suposições do pesquisador devam estar associadas a pressupostos teóricos. Os agrupamentos em categorias ajudam a unir elementos em torno de um conceito. Nesta teoria, ao se aprofundar nas questões estudadas não se pode ignorar o não dito nas mensagens, mas que está presente em suas entrelinhas (Ibid).

Para melhor análise, a metodologia propõe partir de conteúdos explícitos para se chegar ao simbólico, observando a contextualização social.

Moraes (Ibid) propõe: 1 - Preparação das informações; 2 - Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; 3 - Categorização ou classificação das unidades em categorias; 4 - Descrição; e 5 - Interpretação.

Bardin (2016) propõe: 1- Pré-análise; 2- Exploração do material; 3- Tratamento dos Resultados.

A pesquisa apropriou-se dos conceitos dos dois autores e estabeleceu as seguintes etapas, para melhor operacionalização:

Pré-análise e preparação das informações: O material é organizado: escolha das unidades básicas de saúde, suas microáreas; os órgãos oficiais mais adequados a serem consultados; cria-se uma base de agrupamentos que têm relação com a hipótese da pesquisa; escolha dos sujeitos mais pertinentes, que representem o que se quer estudar; exaustão dos determinantes ambientais possíveis de serem estudados naqueles territórios; sintetização de elementos, de forma que estejam em apenas uma categoria.

Exploração do material, transformando o conteúdo em unidades e categorias: Palavras ou frases devem expressar claramente a unidade de análise, que representa um conjunto de informações com características muito próximas e por isso podem se enquadrar em uma única unidade, capaz de identificar uma ideia ou um grupo delas. O processo de categorização, de forma mais ampla, é um procedimento objetivo de agrupar as unidades de análise (Ibid).

Categoria é para Bardin (Ibid) classificação e agregação. É o resumo de uma ideia, em uma ou poucas palavras, que sintetizam elementos com características comuns. A categoria objetiva sintetizar em uma palavra ou expressão todas as unidades de análise nela incluída, considerando a parte comum existente entre elas. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo: verbo, temática, substantivos e outros. A categoria é um esforço de síntese, em que a subjetividade do pesquisador será traduzida em tópicos objetivos. São nelas que estarão os termos utilizados ajustados aos interesses da pesquisa (Ibid).

Neste trabalho, a categorização foi realizada após a coleta dos dados. As descrições do que foi ouvido e lido transformaram-se em um número de categorias com termos significativos de acordo com os objetivos originais da pesquisa. Cuidadosamente, cada categoria foi definida com síntese bem ajustada, a fim de que não houvesse dualidade ou suscitasse confusão entre a escolha de uma ou de outra categoria para abrigar uma determinada unidade de análise.

Tratamento dos resultados e interpretação: O tratamento dos resultados inicia-se com um texto que sintetiza o conjunto de unidades de análises incluídas em cada categoria, preferencialmente citações diretas. A descrição é um dos aspectos que diferenciam a Análise

de Conteúdo das outras abordagens. As observações durante a pesquisa que suscitaram sensações e intuições, percepção da distância ou aproximação entre o que é dito e o que é sentido ou realizado, aparecem neste momento da análise. Como já foi explanado anteriormente, seguindo todo o rigor científico, porém sem deixar escapar o que é expresso subliminarmente.

A interpretação é construída com base na teorização, a partir de referenciais científicos, acrescida das interpretações do pesquisador, o que confere à pesquisa um caráter inédito e inovador.

A interpretação parte das descrições e as complementa. O caráter da interpretação é aprofundar a compreensão dos conteúdos evidentes e ocultos, consciente ou inconscientemente (Ibid). As categorias nesta pesquisa foram criadas após a coleta dos dados. Portanto, a interpretação busca atingir maior profundidade, visto que as categorias criadas aglutinam conteúdos previstos, desde o início da pesquisa, mas também os conteúdos novos e inesperados.

3.2- Procedimentos Operacionais

Em cada fase que a pesquisa se relaciona aos seus dados, ou seja, coleta de dados, análise dos dados, interpretação e resultados, é usada uma metodologia que melhor atenda à proposta do estudo.

Os procedimentos metodológicos na pesquisa são as etapas necessárias para se atingir uma descoberta ou um conhecimento. No entanto, é preciso adotar medidas adequadas ao rigor científico exigido, possibilitando o desenvolvimento do estudo válido cientificamente. A previsão de cada etapa deve ser baseada em planejamento da dimensão mais ampla até seu aspecto mais específico. Dessa forma, todas as etapas têm importância para que o resultado da pesquisa contenha lógica e coerência entre a motivação da pesquisa e os resultados obtidos.

O SUS divide o território em áreas e microáreas para controle de atuação. Nesta pesquisa, território tem o sentido do espaço onde se instalam as relações de poder, incluindo o Estado. Embora a unidade básica faça parte do território, neste trabalho, quando falado em trabalho da equipe no território significa fora do prédio físico da unidade básica de saúde.

3.2.1- Coleta e análise de dados

A coleta de dados baseou-se em:

- Pesquisa documental (dados secundários)
- Prontuários de usuários;
- Relatórios e documentos oficiais do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto e outros órgãos;
- DATASUS e IBGE;
- Entrevista e Estudo de campo (dados primários).

Prontuário do usuário do SUS nas unidades básicas de saúde é o documento onde são descritas as queixas e procedimentos, formando um histórico que deve ser compreendido por todos os profissionais de saúde que o acessem. A concepção do SUS sobre o conceito de saúde impôs um novo modelo de prontuário e acrescentou informações sobre condições de moradia, que incluem tipo de água, construção da casa, esgotamento sanitário e destinação dos resíduos sólidos (Anexo 03).

Informações registradas no prontuário revelam o perfil do usuário e devem contribuir para o trabalho da equipe de saúde, possibilitando a construção de um plano de saúde, levando-se em consideração toda a realidade que o envolve. Neste estudo, foram extraídos do prontuário tipos de doenças; queixas diversas e frequentes; e orientações propostas pelos profissionais que ali registram os encaminhamentos necessários.

Os prontuários foram manuseados e a partir de exame minucioso, observou-se as anotações e cadastro da família, tarefa apenas descritiva, armazenando informações de acordo com o histórico do usuário registrado. O segundo momento da pesquisa documental foi estudar os prontuários e criar categorias das queixas e recomendações, a partir do que havia registrado nos prontuários pelos profissionais, enfermeiros e médicos e estagiários dos cursos de enfermagem da Universidade Federal de Sergipe/Campus de Ciências da Saúde (Lagarto-SE).

Constitui-se em terceiro momento organizar os dados dos prontuários em um quadro, de acordo com a microárea, em que os usuários são adscritos, constando idade, sexo, área, queixa principal da consulta, queixa secundária, diagnóstico, procedimentos, além de um campo para observações, onde eram descritas informações sobre alguma percepção sobre determinantes ambientais da saúde ou outros, sem nome (anexo 04).

Em seguida, em um quarto momento, a partir do fichamento e análise quantitativa dos dados fez-se análise qualitativa dos registros e relatório dos profissionais, principalmente as

queixas recorrentes, relacionadas aos determinantes ambientais da saúde, como escrevem e o que valorizam, incluindo a análise histórica dos prontuários.

Outro recurso para este estudo, tratando-se de pesquisa documental, foi o DATASUS, com relevância para obter-se os dados absolutos de Lagarto que sintetizam a situação de saúde global do município, mas também possibilitam o entrelaçamento de informações que provocam novos dados e afloram novas reflexões sobre o município, sua posição em relação a outros municípios e o país.

Os documentos do Ministério da Saúde, IBGE, instituições municipais, estaduais e outros também foram utilizados no estudo. É interessante notar a dinamicidade das decisões políticas, de acordo com a gestão vigente. Portanto, faz-se necessária a atualização constante de documentos e normas dos órgãos oficiais.

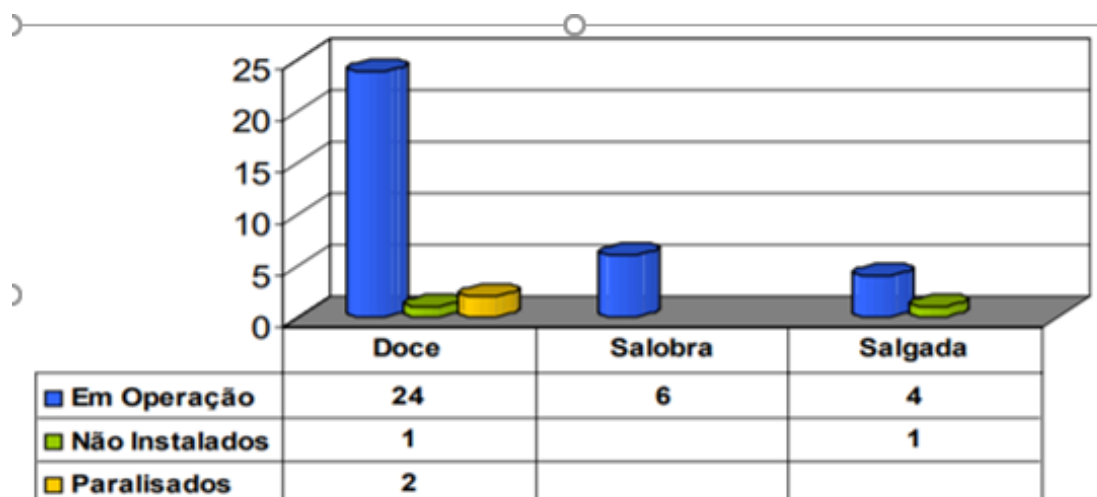
As entrevistas se deram nas unidades básicas de saúde, conforme dia e horário combinados com os participantes. Toda a equipe de saúde foi entrevistada: agentes comunitárias de saúde, enfermeiras, médicas e médicos, técnicas de enfermagem, além dos gerentes das unidades. A previsão era de sessenta minutos, com questionário semiaberto, a fim de oferecer espaço para as percepções individuais. No entanto, algumas entrevistas chegaram a quase duas horas de duração, principalmente dos profissionais com maior tempo profissional no SUS.

Lagarto está localizado na região centro-sul do estado de Sergipe, região nordeste do Brasil, ocupando uma área de 968.921 km², a 74 km da capital, Aracaju. Limita-se com os municípios de Macambira, São Domingos, Campo do Brito, Boquim, Salgado, Riachão do Dantas, Itaporanga D'Ajuda e Simão Dias.

Possui um clima seco e subúmido, temperatura média de 24,5°C e precipitação pluviométrica de 1.067mm. O município está inserido em duas bacias hidrográficas: rio Vaza-Barris e rio Piauí, além dos rios Jacaré, Piauitinga, Cabloco e do Machado. Seu bioma é caracterizado pela caatinga e Mata Atlântica.

Figura 16 – Localização de Lagarto - Sergipe

O domínio hidrográfico predominante no município confere-lhe o comportamento de aquífero granular, caracterizado por porosidade primária e nos terrenos arenosos, uma elevada permeabilidade, criando excelentes condições de armazenamento e fornecimento de água (BOMFIM; COSTA; BENVENUTI, 2002)

Figura 17 – Qualidade das águas subterrâneas nos aquíferos

Fonte: BOMFIM; COSTA; BENVENUTI, 2002.

No entanto, se por um lado, a formação hidrográfica apresenta vantagens, por outro, é notório que a porosidade contribui para a infiltração da água da chuva e outras, no aquífero, poluindo-o. O acúmulo de resíduos sólidos (lixo) e esgoto a céu aberto, em vias públicas e

terrenos baldios, contribuem para a contaminação do subsolo com substâncias tóxicas. O percentual baixo de saneamento básico do município (28%) talvez responda ao número de doenças infecciosas e parasitárias, pois é sabido que a falta de tratamento de esgoto é a maior forma de contaminação da água.

Sua população de 94.861 em 2010 tinha uma estimativa para 2017 de 104.099, conforme projeção do IBGE (2016), embora em um raio de 50 km, Lagarto atinja 500.000 habitantes.

Um breve histórico demonstra como Lagarto se transformou em uma cidade importante dentro do estado de Sergipe. Sua ocupação tornou-se mais expressiva com a presença dos índios Kiriris que ocupavam Lagarto desde a segunda metade do século XVI, quando lá chegaram os jesuítas, que construíram uma forte relação de confiança com os nativos. Anos mais tarde, um grande incêndio obrigou os índios sobreviventes a ocuparem aldeias no entorno da cidade que receberam o nome de Sítio dos Caboclos (FONSECA, 2002).

Santo Antônio foi o primeiro núcleo populacional de Lagarto, onde com a presença dos religiosos, foi inaugurada uma igreja em 1604. Mas a epidemia da varíola tomou conta do povoado em 1645 e toda a população foi transferida para a Colina de Lagarto, atual sede do município.

A agropecuária, o comércio de escravos e comércio em geral desenvolviam-se na região, contribuindo para o aumento da densidade demográfica e junto a isso, conflitos inerentes a aglomerações e transações comerciais. E por isso mesmo as ameaças internas e externas tiveram como consequência a transformação de Lagarto em Distrito Militar em 1658 e logo após, é criado o Corpo de Infantaria, em 1674.

O fumo era atividade cultivada pelos índios e destacava-se no comércio externo desde o início do século XVII e até hoje é uma das forças produtivas do município. Gado de corte, ovinos, laranja, feijão e mandioca, também se destacam na produção de Lagarto, principalmente porque o solo é do tipo sílico-argilosos, caracterizado pela boa infiltração das águas de chuva.

O distrito de Lagarto foi criado em 1703 e o município de Lagarto, em 1730. Em 1880, eleva-se à categoria de cidade. Até 1970, concentrava-se na área rural 75% da população. Atualmente, 48,49%, vive em área rural e 51,51%, em área urbana.

Reúne grupos folclóricos: Banda de Pífanos, Ternos de Zabumba, Cangaceiros, Parafusos, Taeiras, Silibrina e Encomendação das Almas; musicais: Orquestra Los Guaranis, Lacertae, Zanimais, Banda Nuvem Negra, Kalil, Estúdio Box & Azulejo, Trio Chamego do Forró, Lourinho do Acordeon, Lourival Mendes, Antenor Nunes e Violão de Ouro; teatrais: Companhia de Teatro Cobras & Lagartos, Sete Panos, Grupo Cultural Tecendo a Manhã e Louvor Sertanejo; religioso e cultural: Festejos de Setembro – Festa de Nossa Senhora da Piedade, Desfile Cívico e Feira Agropecuária da Região Centro Sul e Sul do Estado, Vaquejada, Festejos Juninos e Natalinos no campo.

A chegada do campus da UFS em Lagarto alterou o modo de vida na cidade em muitos aspectos: o comércio, a expansão imobiliária (nem sempre favorável à comunidade local) e a lógica do ensino superior, que impunha o movimento de estudantes para os grandes centros como polo de educação, passa a oferecer condições aos menos favorecidos, que atualmente podem concluir o ensino superior sem sair do município, em universidade pública e gratuita, colocando em prática a democratização do ensino superior.

Lagarto é considerada uma das maiores economias do estado, reafirmando sua trajetória agrícola, além do setor de comércio e serviços oferecidos à população e cidades periféricas. Possui 01 hospital universitário, 01 maternidade, 01 Centro de Atendimento Especializado e 24 unidades básicas de saúde, localizadas nas zonas urbana e rural, que atendem a 100% do município. Outros dados seguem sobre o município:

Tabela 04– Caracterização do Município Lagarto (SE)

População	2010 – 94.861 (último senso) 2018 – 103.576 (estimativa) Densidade demográfica – 97,84/Km
Renda média da população	1,7 salários mínimos
Índice de pobreza	46,1% da população vive com ½ salário mínimo per capita
IDH Índice de Desenvolvimento Humano	0,625
Urbanização das vias públicas (2010)	10,2%
Arborização das vias públicas (2010)	58%
Esgotamento sanitário adequado (2010)	28%
Mortalidade infantil (2014)	13/1000
Internação por diarreia	7/10.000
Mortalidade por causa parasitária	9,5%
Mortalidade por causas Cardiovasculares	10,5%
Escolas Municipais	78
Estaduais	24
Escolas privadas (Ensino fundamental)	06
Universidades:	
Privadas	03
Públicas	
UFS/Campus da Saúde	01
Polo do CESAD/UFS	01
(Universidade Aberta do Brasil)	
Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia (IFS)	01
Taxa de abandono escolar precoce das pessoas entre 18 e 24 anos	48,8%
Taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais	25%
Média do percentual de contribuição de rendimento das mulheres no rendimento familiar	44,1%
Mulheres responsáveis pela família	23,2%

Fonte: IBGE, 2016

As unidades são localizadas em áreas urbanas e rurais. No entanto, mesmo as que são localizadas em áreas urbanas têm algumas das características rurais: agricultura, grandes

terrenos, casas distantes entre si. É o caso das duas unidades escolhidas. As áreas estudadas abrangem residências próximas e distantes da sede da unidade básica de saúde. A pesquisadora deste trabalho conhece todas as áreas e unidades do município e em nove delas, já trabalhou, a partir da disciplina PEC – Prática de Ensino na Comunidade, incluída na graduação dos cursos de saúde do Campus Lagarto/Universidade Federal de Sergipe; e como tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFS Lagarto.

As características das unidades de saúde em Lagarto são muito parecidas, incluindo o aspecto da área mista, urbana e rural. E por isso mesmo, considerou-se suficientes duas unidades para a pesquisa. No entanto, conforme cálculo de amostra apresentado abaixo, utilizamos o dobro de prontuários exigidos, conforme o rigor científico exigido, a saber:

a) Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima

Av. Francisco Antônio de Figueiredo, 1052 - São José, Lagarto

- População adscrita: 10.399

- Prontuários analisados: 649* (6,24% dos usuários adscritos da área)

Modelo estatístico (95% de confiabilidade: mínimo 241)

b) Centro de Saúde Maria do Carmo Alves

Av. Machado, bairro Aldemar de Carvalho

- População adscrita: 13.144

- Prontuários analisados: 613* (4,66% dos usuários adscritos)

Modelo estatístico (95% de confiabilidade: mínimo 242)

* Cálculo do Tamanho de uma Amostra de População

O cálculo amostral é um procedimento estatístico que permite determinar o tamanho de uma amostra, ou porção da população, representativa do comportamento ou efeito que se está estudando, sobre toda a população, dentro de uma margem de erro pré-determinada.

No presente caso foi utilizado o Método Amostral Probabilístico para uma população finita, que determina que para populações superiores a 1.000 indivíduos, a amostra representativa é dada pela fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \hat{p} \hat{q}}{E^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra;

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado, e que depende da margem de erro que se escolhe previamente;

p = Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria que estamos interessados em estudar;

q = Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence à categoria que estamos interessados em estudar ($q = 1 - p$);

E = Margem de erro ou ERRO MÁXIMO DE ESTIMATIVA. Identifica a diferença máxima entre a PROPORÇÃO AMOSTRAL e a verdadeira PROPORÇÃO POPULACIONAL (p).

Assim, estabelecendo uma margem de erro de 5 %, ou seja, $E^2 = 0,05$, o valor $Z_{\alpha/2} = 1,645$. No caso estudado, cada indivíduo tem igual chance de pertencer ou não pertencer aos indivíduos abrangidos pelo estudo, de forma que $p = q = 0,5$.

O emprego destes valores fornece uma amostra de 241 pessoas como representativa dos efeitos e danos sobre a população, para cada um dos postos de saúde objeto do estudo, tal que permite inferir os resultados para a totalidade dos indivíduos atendidos pelos postos de saúde. É material desta pesquisa:

Total de prontuários analisados: 1.262 prontuários

- 1,15% da população de Lagarto;
- 4,92% do total adscrito nas duas unidades

Participaram da pesquisa:

- Agentes comunitárias de saúde
- Coordenadores da equipe de Saúde da Família
- Médicas e médicos
- Gerentes das unidades básicas de saúde

O estudo de campo se deu em todos os espaços do território, através das observações, seja nas visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e da equipe de saúde da família, seja em outros espaços em que se realizou a pesquisa. Seu conteúdo foi traduzido no

diário de campo, de onde exploramos informações que se integraram nas unidades de conteúdos, conforme descrição na análise de dados.

3.2.2- Tratamento e interpretação

Para a descrição de cada categoria foi produzido um texto síntese, usando-se geralmente citação direta que ajudou a responder as perguntas da pesquisa. O relatório de pesquisa com as descrições é uma das partes mais importantes do trabalho. A interpretação é a compreensão mais aprofundada, que inclui os conteúdos manifestos, mas também os latentes, sejam ocultados de forma consciente ou inconsciente (MORAES, 1999).

O conteúdo de comunicação pode às vezes dificultar a compreensão, pois algumas mensagens são subliminares e isso influi na objetividade dos dados. Um facilitador do estudo foi o fato da pesquisadora estar inserida nas comunidades do município desde 2011. As análises aqui descritas partiram de pressupostos formulados na pesquisa. No entanto, a dinâmica do estudo apontou outras análises que puderam ser incluídas e/ou substituídas.

A pesquisa com base na abordagem qualitativa, considerada a mais apropriada para compreender a percepção da equipe de saúde sobre os determinantes ambientais da saúde foi buscar contribuição no universo quantitativo que serviu para aumentar a qualidade do estudo, apontando os eventos menos e mais frequentes, que ajudam a compreender a relevância dada a alguns aspectos e a outros, menor ou nenhuma.

Os prontuários foram fundamentais neste aspecto e a partir deles foi realizada uma categorização das queixas e procedimentos que ajudaram na reflexão sobre o tema:

a) A pré-análise e preparação das informações consistiram na organização do material para torná-lo operacional:

- a.1- Escolha das áreas a serem estudadas;
- a.2- Contato com os prontuários de duas áreas do município Lagarto;
- a.3- Escolha da comunidade e microárea
- a.4- Prontuários
- a.5- Preparação do questionário para as entrevistas com profissionais da equipe de saúde da família
- a.6- Conhecer a rotina dos agentes comunitários de saúde

b) Reafirmar o objetivo da pesquisa: Analisar como os determinantes ambientais são trabalhados pelos profissionais da equipe de saúde da família, dentro do território estabelecido como área de atuação.

A partir dos prontuários, foram criadas as categorias:

- A- Ação profissional;
- B- Concepção de saúde;
- C- Determinantes ambientais;
- D- Serviço de saúde;
- E- Ações de saúde da equipe de saúde da família;
- F- Processos de intersetorialidade

Exploração do material e definição de categorias

Tabela 05 – Amostra de Prontuários

UBS	Nº de Prontuários	População Adscrita	% Pesquisados
Davi Marcos	649	10.399	6,24
Mª do Carmo	613	13.144	4,66
Total	1.262	23.543	5,04

Fonte: Clínica de Saúde da Família Davi Marcos de Lima e Centro de Saúde Maria do Carmo Alves, 2016.

3.2.3 – Ética na pesquisa – A pesquisa de campo foi autorizada pelos entrevistados, conforme registro em gravação e assinatura no termo de consentimento (Anexo 02), exigido o anonimato, com exceção da médica estrangeira do Programa Mais Médicos, que permitiu o relato de sua experiência junto à comunidade.

4- FORMAÇÃO ACADÊMICA E O COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL, NA ATENÇÃO BÁSICA

“A primeira iniciativa concreta do DMSP [Departamento de Medicina Preventiva e Social, Unicamp, fundado em março de 1965] foi um trabalho comunitário de ensino e assistência, desenvolvido junto à população pobre de um bairro periférico de Campinas, o Jardim das Oliveiras. Em linhas gerais, o chamado BJO.” (NETTO; ABREU, 2009).

A atenção básica – ou atenção primária – tem uma trajetória histórica fortalecida na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, URSS, 1978, onde a declaração do encontro afirma que os cuidados primários são essenciais, enfatizando sua importância como a principal porta de entrada do usuário no sistema (BRASIL, 2002).

As atividades exclusivas da atenção básica, consideradas de baixa complexidade, têm importância pelo seu caráter de atingir 80% dos problemas de saúde (LIMA, 2016); baixo custo; e por reorientar o sistema para um novo modelo de assistência, em que o usuário seja visto de forma integral, desde a promoção da saúde e prevenção dos agravos. A proximidade da equipe ao território em que as pessoas vivem produz uma relação mais direta e objetiva.

A atenção básica teve como um de seus alicerces do que atualmente temos como modelo, a criação do DMPS, quando professores e alunos compreenderam que os ambulatorios eram insuficientes para o cuidado da saúde. Sergio Arouca, mais tarde um ícone da saúde coletiva no Brasil, era um dos médicos recém-formados que faziam parte do grupo que rompeu os muros da universidade e foi às comunidades investigar onde nascia o adoecimento, para conhecer o cotidiano da população.

Além das reflexões suscitadas, acrescentava-se o caráter interdisciplinar, pois foi o primeiro departamento de medicina a ser composto por três cientistas sociais, enfermeira, auxiliar de enfermagem e assistentes sociais. Dessa forma, o professor Miguel Inácio Tobar Acosta, primeiro chefe do DMPS, inaugurava junto aos colegas da equipe uma reformulação de modelo assistencial, cuja visão holística sobre o homem passava a interessar mais do que compreender os sintomas do corpo dos sujeitos ((NETTO; ABREU, 2009).

Uma nova maneira de se pensar saúde surgia no país, pelo menos de uma forma sistematizada, incluindo disciplinas (como Ciências Sociais Aplicada à Medicina e Clínica da Família), que atendessem à nova perspectiva de relação entre doença-saúde-cuidado. Não é

por acaso, que lideranças destacadas na organização da VIII Conferência Nacional de Saúde – primeira conferência com a participação da população em geral, representantes de movimentos sociais – eram da região de Campinas.

Na prática, estavam criando um modelo holístico, uma nova forma de se pensar a saúde, onde os sintomas eram somados ao contexto em que as pessoas viviam, além de que compreendiam os determinantes ambientais e sociais como influências na qualidade de vida e a relevância da participação das pessoas na construção da saúde.

No entanto, não era hegemônico, havia muita resistência. Poucos departamentos e professores se envolveram nas novas atividades em comunidades. O modelo biomédico era – e ainda é – muito consolidado nas práticas da medicina – e não só da medicina.

O SUS assimilou a bagagem de experiências vivenciadas não só aqui, mas também movimentos que ocorriam em muitos países, em que a atenção básica e o território passaram a ser destaque da assistência, principalmente os Estados Unidos, que a partir dos estudos de Starfield (2002) tiveram grande influência no Brasil.

Embora os dados mostrem que a atenção básica melhora os indicadores de saúde, a resistência ao modelo holístico, com ênfase nos cuidados primários, persiste na formação e reflete na atuação profissional da equipe de saúde até hoje.

Assim, antes propriamente da apresentação sobre a atuação da equipe em Lagarto, faz-se necessário analisar a formação do profissional, que reflete na atuação como equipe de saúde, atentando-se problemas e soluções possíveis.

As grades curriculares dos cursos de saúde, como podem ser observadas em modo geral, contêm um número de disciplinas voltado ao modelo centrado na doença mais expressivo que aquelas direcionadas à concepção holística da saúde. Para exemplificar, na Universidade Federal de Sergipe/São Cristóvão, os cursos de enfermagem e medicina apresentam 58 e 37 disciplinas, respectivamente, sendo na mesma ordem, apenas 09 e 06 com ênfase na segunda concepção de saúde. Observa-se que há dissonância entre os modelos tradicionais de ensino nas instituições formadoras e o que se propõe ser um profissional voltado para o SUS.

Entretanto, desde a Resolução CNE/CES nº 4, de 9 de novembro de 2001, substituída pela Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que vigora até hoje, foram

introduzidas as metodologias ativas como recomendação – mas que na prática, tornam-se quase obrigatórias – para criação de cursos de medicina. É uma recomendação.

A Resolução parte dos princípios que ampliam o conceito de saúde e enfatiza alguns aspectos relevantes para a formação do novo profissional: criar oportunidades de aprendizagem tendo as ciências humanas e sociais como eixo transversal; inserir os alunos na rede de serviço de saúde, desde os primeiros anos até sua conclusão, considerando todos os espaços que produzem saúde como ambientes relevantes de aprendizagem; conhecer e vivenciar as políticas de saúde propostas pelo sistema na organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais da saúde, oferecendo oportunidade de lidar com problemas reais e gradativamente assumindo responsabilidades, de acordo com o seu grau de conhecimento.

Em 2011, a Universidade Federal de Sergipe, em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS, inaugurou o Campus Lagarto (Campus da Saúde). É inédita no Brasil a formação de oito cursos da saúde (enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, terapia ocupacional), todos com base nas metodologias ativas, dentre elas, utilizam-se ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas (Problem Based Learning) e a Problemática.

Espera-se que futuramente, todos os cursos de saúde sigam o modelo da UFS/Campus Lagarto, para que o aluno se torne um profissional humanizado, trabalhando junto à equipe, gestão e população, em processo de corresponsabilidade da saúde, mapeando as demandas subjetivas e coletivas, de acordo com as características específicas de cada grupo da população. O modelo visa a corrigir um equívoco na formação, propondo que o foco seja da doença para a saúde.

Os tutoriais usam a metodologia ativa ABP. Neles é apresentada uma situação-problema, fictícia ou não, com o objetivo de contextualizar os conteúdos programáticos. Mesmo naqueles em que a ênfase são os fatores físicos e biológicos, eles aparecem continuamente em um contexto social.

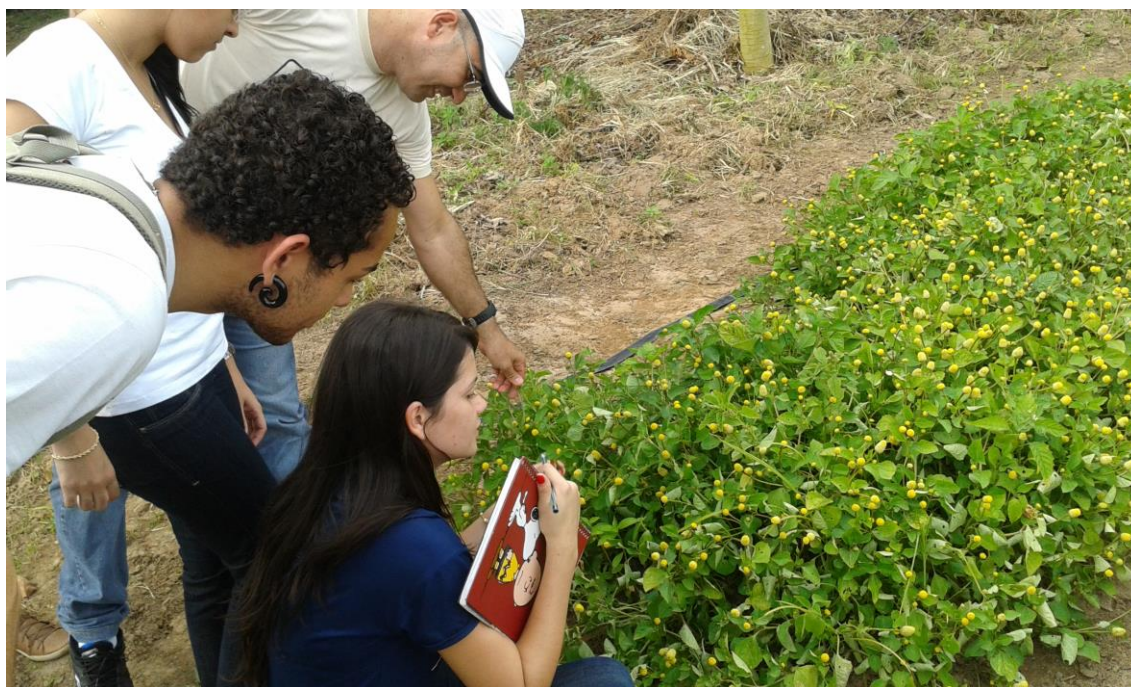
Os alunos fazem a leitura de uma situação-problema, levantam hipóteses a partir de seus conhecimentos prévios, não necessariamente acadêmicos, levam as hipóteses para estudarem individualmente e no encontro seguinte explanam sobre o que pesquisaram. O professor funciona como um moderador de grupo, intervindo somente quando o conteúdo

trazido pelos alunos precisar de complementos. Dessa forma, os alunos se apropriam do conhecimento e se tornam pesquisadores.

A PEC – Prática de Ensino na Comunidade – é outra atividade (disciplina) da grade curricular e tem como base teórica a problematização, uma das metodologias ativas que proporcionam ao aluno conhecer a realidade, analisá-la, desenvolver hipóteses e criar possibilidade para solução de problemas.

Na problematização, o aluno vai pessoalmente conhecer a realidade a ser estudada. Ele tem contato direto com o lugar onde é o cotidiano das pessoas, onde se produz saúde e doença. A intenção da metodologia é transpor a realidade para o momento da leitura teórica, ressignificando seu conteúdo a partir de evidências por ele constatadas no território. Não há situações fictícias.

Figura 18 – Alunos aprendendo sobre sobre defensivos naturais



Fonte: MACHADO, 2014 (Arquivo)

As reflexões suscitadas nessa experiência têm grande valor, pois a grande maioria dos alunos vem de realidades completamente diversas. E mesmo os alunos cotistas, oriundos de escolas públicas, nem sempre estiveram em locais com características tão adversas à saúde humana.

A intimidade com a realidade em que vive a maioria da população brasileira, usuária do SUS, contribui para melhor adequação do futuro profissional aos espaços de trabalho que serão seu local de trabalho. A subjetividade construída sobre a pobreza durante toda a vida, mesmo se tratando de alunos oriundos daquele lugar, começa a sofrer algumas mudanças na percepção do aluno como se aquele espaço em que ele está ocupando, deixa de ser inerte e pode ser transformado, de alguma forma, além das suas impressões não se restringirem apenas àquele lugar e dessa forma, ampliar a noção da realidade da região e do país.

No primeiro ano, a PEC tem uma carga horária de cento e vinte horas. A permanência dos alunos na comunidade durante todo o ano contribui para estreitarem laços com o agente comunitário que é o guia no território; conhecer os tipos de moradia existentes; identificar diferenças entre umas vias e outras; constatar a falta de coleta dos resíduos sólidos e suas consequências, incluindo proliferação de insetos e outros animais, além de serem levados pela chuva e espalhados pelas vias.

Os alunos, em sua maioria, chegam à universidade com a certeza de que a doença é resultado da falta de responsabilidade e cuidado do indivíduo ou da coletividade. As obrigações do Estado em relação ao tratamento de água, coleta dos resíduos sólidos e transmissão de doenças devido ao esgoto a céu aberto não fazem parte do pensamento dos estudantes sobre a composição da saúde. Quando eles se deparam com os fatores que geram saúde e doença, independentemente das escolhas das pessoas, mudam a forma de perceber a realidade que os cerca.

Durante todos os anos subsequentes da graduação, segue a atividade. Os alunos vão ao território desde o primeiro mês de aula até o último ano de formação. A realidade local entrelaçada a abordagens teóricas cria paulatinamente uma visão sobre saúde que desemboca em um compromisso na formação de profissionais que atendam aos princípios do SUS e às demandas da população.

Os alunos têm acesso à dinâmica da unidade de saúde e participam de atividades: conhecem o trabalho da equipe de saúde da família; fluxograma da unidade; acompanham a agenda da equipe, em visitas domiciliares; buscam nos usuários informações sobre saúde; identificam os determinantes ambientais por onde andam; têm acesso aos dados epidemiológicos da área, através do SIAB (arquivo) e atualmente e-SUS AB; levantam questões que mais afligem a coletividade.

No final do primeiro ano, a comunidade é convidada a eleger um problema identificado por eles, juntamente à equipe e população, tentam buscar estratégias para solucioná-lo. O território em sua concepção teórica, como base para compreensão de problemas relativos à qualidade de vida.

Figura 19 – Oficina organizada pelos alunos sobre reaproveitamento de alimentos de baixo custo, com a orientação da nutricionista do NASF-Lagarto (SE)



Fonte: MACHADO, 2011 (Arquivo).

Além do treinamento da comunicação com a população – incluindo uso de vocabulário adequado – abre-se uma perspectiva de que o futuro profissional saia do lugar da cura como seu principal papel para um espaço da saúde que caiba a prevenção e promoção da saúde como principais tarefas a serem cumpridas.

Uma dinâmica feita com os alunos, logo que chegam ao campus Lagarto refere-se a como eles se imaginam profissionais da saúde. Todos, sem exceção, veem-se dentro de um hospital ou consultório. Nenhum aluno se vê realizando um trabalho na atenção básica, no

território, diretamente com a comunidade. Portanto, no imaginário social, o papel do profissional é cuidar de doença e não promover saúde.

A PEC tenta desconstruir essa lógica, tão arraigada na sociedade em geral e também no meio da saúde.

Aliada às diretrizes do SUS, a PEC proporciona reconhecimento territorial que se torna fundamental, principalmente para alunos que nunca tiveram contato com aquele tipo de comunidade. Antes mesmo de iniciarem as leituras teóricas, já conseguem perceber um quantitativo de fatores que influenciam o processo saúde-doença.

Outra vantagem é o fato do aluno construir uma relação dialógica com a população. Sair do lugar de autoridade do conhecimento e aprender que há outras formas de lidar com a doença e a saúde, diferentemente dos padrões acadêmicos, torna-se muito instigador para novos modelos de conhecimento e respeito à cultura popular.

Figura 20 – Agricultor orgânico ensinando sobre defensivos naturais



Fonte: MACHADO, 2014 (Arquivo)

A PEC propicia ao futuro profissional a competência de elaboração do PST – Projeto de Saúde no Território. O entendimento sobre as dimensões do processo saúde-doença, leva o aluno a perceber como todos os setores são importantes para a solução dos problemas em

saúde e não se restringe à atuação da equipe de saúde da família e por isso, dentro do âmbito da saúde tem o apoio do NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família – além do foco no território com articulação da saúde, buscando estabelecer negociações intersetoriais (BRASIL, 2010b; LIMA, 2016).

A recomendação das metodologias ativas para a formação em saúde deve se tornar uma exigência definitiva, a fim de que os novos profissionais reflitam sobre o conceito ampliado de saúde logo no início da graduação. A aproximação da realidade dos usuários do SUS pelos alunos fortalece a integração das dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais (BRASIL, 2014).

Não há dúvidas de que o modelo de ensino-aprendizagem baseado nas metodologias ativas é incipiente no país, resultando em um conflito entre a modernidade do SUS e a prática conservadora no cotidiano da equipe de saúde, pois seus profissionais vêm de um modelo de formação incompatível com as necessidades atuais.

Na maioria dos cursos de graduação, da própria Universidade Federal de Sergipe, o aluno tem contato com a comunidade em geral somente a partir do sexto, sétimo semestre. Mesmo assim, através de ações superficiais, como observações, visitas institucionais e entrevistas.

“Apesar da área ser pobre, a gente não conseguia médico, exames para a população. Assim as dificuldades são essas, dificuldades de marcar consulta e exames.” E-2

Os entrevistados refletem o modelo. As sementes das metodologias ativas no Brasil, em saúde, que hoje universidades estão abraçando com a finalidade de cada vez mais se aproximarem da realidade brasileira, tiveram seu início nas escolas de medicina, na década de sessenta, conforme supracitado e a seguir:

“Foi a base do ensino da Clínica de Família e das Ciências Sociais Aplicadas à Medicina, completando-se pelo estímulo a uma intervenção de cunho social junto às famílias, grupos e instituições locais, combinando programas de educação comunitária e de assistência médica. Este modelo queria formar, no futuro médico, a atitude preventista, inserindo-o numa prática mais próxima aos problemas médico-sociais das populações pobres, oferecendo ao aluno uma experiência de capacitação médica fora do leito hospitalar...” (NETTO; ABREU, 2009)

Margarida Moraes lembra as preocupações de Sérgio Arouca, aluno da USP na época, considerado o mentor do Movimento da Reforma Sanitária:

“Ele se preocupava não só em saber os sintomas e os sinais das doenças... mas também quais as condições de vida de cada um. Ele sempre escrevia, nas anamneses, o tipo de

casa em que a pessoa morava, qual a comida que a pessoa comia. Então, ele dizia: essa pessoa tem carne uma vez por semana, quando tem. Ele ficava muito preocupado: nós temos que fazer alguma coisa.” (Ibid)

O SUS, pode-se dizer, não nasceu somente a partir de reflexões sobre saúde e doença, mas de ideias que sintetizavam fatores econômicos, meio ambiente, estilo de vida, prevenção e promoção da saúde. Debates exaustivos durante duas décadas resultaram em propostas que tentam inverter a lógica tradicional, na qual o consultório era o centro da assistência que tinha como elementos a fala do cliente e a prescrição do médico.

Um dos problemas relacionados às equipes está associado à falta de formação adequada para integrar um sistema que vai além do conhecimento de disciplinas técnico-científicas. A habilidade para compreensão e articulação política passa a ser uma ferramenta indispensável que o SUS exige. As grades curriculares dos cursos de graduação deveriam valorizar temas e disciplinas que debatam com rigor os princípios filosóficos do SUS e dentro dessa perspectiva, a atenção básica torna-se a principal porta de entrada do usuário.

A principal porta deve significar o lugar por onde entram as experiências mais importantes da população, por onde chegam as demandas que o usuário enfrenta no território todos os dias e determinam o seu processo saúde-doença, diferentemente do grande hospital, de alta complexidade, que só traz sentido para a população em graves situações. A porta principal tem que deixar os desafios entrarem, na compreensão do profissional como provocação do exercício da profissão caracterizada pela dinâmica ininterrupta.

Constata-se em Lagarto que a territorialização da saúde como um processo contínuo acontece de forma incipiente em alguns aspectos, como o próximo capítulo vai detalhar melhor, exemplificado pela relação entre prontuários e ações em saúde. É necessário que novas estratégias estimulem um olhar mais atento no trabalho diário, contextualizando o território, em suas características objetivas e subjetivas.

O PSF – Programa Saúde da Família – foi criado em 1993 e em 1994 foi colocado em prática nos municípios brasileiros, incluindo Lagarto. O Programa visava a sedimentar a rotina *territorializante* da equipe, responder a uma necessidade de estrutura organizativa para o que se pretendia ser a base hierárquica da assistência, em todo o território nacional.

“Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, entre 1994 e 2002 foram implantadas 16.698 equipes de Saúde da Família, em 4.161 municípios, cobrindo 31,87% da população brasileira; e entre 2003 e 2012 foram implantadas mais 16.706 equipes, totalizando 33.404 e ampliando a cobertura para 54,84% da população, em 5.297 municípios. Estes indicadores de capacidade instalada e de

utilização de serviço indicam a crescente importância da Atenção Primária no Brasil. (CAMPOS, PEREIRA-JUNIOR, 2016).

Em 2011, o PSF estava em todos os estados e quase em 100% dos municípios: 238 mil agentes comunitários; 31 mil equipes de saúde da família; 19 mil equipes de saúde bucal. (RODRIGUES; RAMIRES, 2012).

Antes do PSF, o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde – foi a experiência que apresentou uma nova forma de trabalho à equipe, composta por enfermeira e agentes comunitários de saúde. Não havia médicos:

“O PACS teve a primeira experiência na Paraíba. Eu fui da primeira turma da capacitação do PACS de Sergipe, em 1992. A gente em Sergipe não tinha muita noção do que seria, não tínhamos consciência da dimensão que tomou o programa. A gente sabia que o profissional iria estar mais perto e mais ligado à população. O secretário de saúde incentivou a conhecermos os dados epidemiológicos e com isso, constatamos o número de crianças desnutridas, abaixo do peso, que a gente não tinha nenhuma noção do número. Sabíamos que existia, mas não tínhamos o número certo.” E-12

Lagarto e região têm uma trajetória histórica do SUS e o campus da UFS/Lagarto recentemente inaugurado entrou como parte dessa história e tem por objetivo solidificar o fortalecimento do SUS, compartilhar e trocar com a gestão do município, alunos e profissionais, utilizando-se de diversas estratégias que se fizerem necessárias para o sistema avançar.

“O PACS tinha sido implantado em São Domingos. Eu participei da seleção de agentes de saúde... Era uma enfermeira e os agentes comunitários para o município todo, prestando cuidados às gestantes e crianças. E-1

O PSF trazia a noção de equipe e era – e ainda é – muito difícil para alguns profissionais compreenderem o seu trabalho complementando ou sendo complementado pelo trabalho do outro, incluindo os saberes da comunidade.

“A equipe para funcionar deve ter entrosamento porque se não tiver não vai pra frente e a gente tinha esse entrosamento. Quando mudou a seleção de agente comunitário pelo município, mudou... Numa época, participava toda a equipe, mas aí quebra, pois o médico acha que não é necessário.” E-3

“A secretaria está buscando melhoras, ... os agentes de saúde também participam dessa capacitação... Existe uma falha, as enfermeiras participam, mas ainda falta o profissional médico participar... o médico sai daqui e vai para a clínica particular, tem médicos que tem outros compromissos em Aracaju, em Simão Dias.” E-7

Algumas estratégias bem-sucedidas e consolidadas para ampliar a aproximação da equipe com a comunidade, às vezes têm restrições na prática. Muitas vezes, a roda de conversa, baseada teórica e metodologicamente nos estudos de Paulo Freire, em que se propõe

uma relação dialógica de forma que cada um expresse seu modo de vida (FREIRE, 2003), é confundida com palestras e a equipe deixa de aproveitar a essência do recurso e conclui que a comunidade não gosta de participar de espaços coletivos.

É comum ouvir dos profissionais que não adianta programar atividades, pois o interesse da comunidade é consulta médica e medicação. No entanto, em povoados com características de maior organização política, como os assentamentos agrícolas, ligados aos movimentos sociais, é exitoso. Os locais escolhidos e como se dá a condução podem determinar o sucesso ou não da atividade.

“Ninguém quer participar de uma roda de conversa, por exemplo: estamos passando por uma fase em que estamos sem médico. Começou a farmácia aqui tem mais ou menos um mês e já tem déficit de medicamentos, então, vai para o médico. O médico prescreve a medicação e essa receita tem validade por seis meses. Então muitos pacientes dizem: eu tenho receita! Para que vou ao posto? E-4

A fala reflete a fragilidade da territorialização da saúde e a referência do trabalho ainda é dentro da unidade básica. No entanto, com todas as questões levantadas, ainda assim, trinta anos depois pode-se afirmar: o quanto melhorou a atenção, se compararmos ao que era oferecido à população, até a década de oitenta, antes do SUS e o que se oferece atualmente; em um país com dimensões continentais, o sistema é muito jovem, historicamente analisando. Sabe-se que ainda há muitos desafios, mas são muitas as conquistas. A inclusão de categorias profissionais da área de saúde na atenção básica é um dos exemplos. O modelo tradicional contemplava principalmente médicos e enfermeiros.

A integralidade, um dos princípios do SUS, embasa a necessidade de uma equipe interdisciplinar, tratando-se de um olhar ao usuário de forma holística e contextualizada. A criação do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – em 2008 teve o objetivo de ampliar a assistência, incluindo populações ribeirinhas. A palavra apoio faz todo sentido, pois a equipe apoia a equipe de saúde da família, quando seus recursos são insuficientes para solução do problema.

Profissionais de diversas áreas compõem a equipe do NASF. Em Lagarto são: assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Além do caráter multidisciplinar, que atende a casos específicos no território-área, principalmente acamados, há um conceito de interdisciplinaridade, em que os casos são discutidos pela equipe e criadas ações conjuntas, que atendam às demandas solicitadas pela eSF, além de obrigações específicas, ligadas ao território, como o exemplo de rodas de conversa, academia da saúde e

consultórios de rua. A relação direta do NASF com a comunidade enfatiza o trabalho de promoção da saúde e prevenção de agravos.

O NASF tem uma importância fundamental no que diz respeito à divisão de papéis entre os três níveis de hierarquia do sistema. As soluções efetivas na atenção básica contribuem para evitar o acesso desnecessário à média e alta complexidade. Contribui para elevar a resolutividade na principal porta de entrada do sistema, evitando assim, a superlotação dos outros níveis de assistência.

Todas as experiências vividas, tanto entre os profissionais, gestão, população e política de saúde em geral, movem o território de forma dinâmica e peculiar, proporcionando uma quantidade de dados e informações que geram novas reflexões, ideias e estratégias.

A aprendizagem constante sobre o processo saúde-doença, a partir da realidade em que vive o usuário e onde trabalha o profissional, ativam reformulações do SUS, para elevar a resolutividade às demandas dos indivíduos ou coletividade, reafirmando ser um sistema dinâmico e comprometido com a mudança contínua, que se fizer necessária.

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como uma proposta político-pedagógica para formação e desenvolvimento dos gestores e trabalhadores da saúde, a fim de que possam incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos, além de elevar a perspicácia para perceber com maior clareza o que tem efeito positivo e em que se necessita melhorar a qualidade e adequação à realidade local, questões generalizadas, numa perspectiva intersetorial (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

A EPS foi aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de ampliar e implantar polos, em todos os estados, além de assegurar a formação em nível técnico, graduação e pós-graduação.

A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovada em 2003, interpreta os desafios que surgem a partir das demandas que se apresentam.

O trabalho contínuo traz reflexões sobre o que se conhece e o que se desconhece. A proposta político-pedagógica que entrelaça a gestão compartilhada com a proposta da EPS parte do princípio de que saberes diferentes constituem fontes para novos saberes.

A EPS cumpre a tarefa de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, conforme artigo 200º da Constituição Federal, a serviço da capacitação, em que a referência

são as necessidades das pessoas e da coletividade. A identificação de questões do cotidiano pode levar a mudanças de condutas das próprias instituições, que façam aumentar a resolutividade.

Alguns aspectos analisados nesta pesquisa levam a uma reflexão sobre a concepção que o profissional tem sobre o território. Um dos desafios da capacitação é transformar o conceito de território, de modo que a equipe dê saltos e reafirme a atenção básica como a principal porta, que dê conta dos problemas de saúde da maioria da população e seja capaz de controlar efetivamente os agravos que a atinge.

A EPS orienta que as capacitações devem incluir os problemas epidemiológicos e sua relação com a política, situação social dos usuários, culturas dos grupos sociais e questões econômicas que envolvem-nos em diversas dimensões.

Os métodos de trabalho não devem ser avaliados em época determinada e em cursos ou encontros, somente. Pelo contrário, a ideia da EPS é se tornar um ato reflexivo, marcando a transversalidade da Política em cada atuação,

Para condensar um imenso número de experiências, avaliações e reflexões realizadas pelas gestões, departamentos do ministério, trabalhadores da ponta e comunidade, foi criada em 2011, após vinte e três anos de SUS, a PNAB – Política Nacional da Atenção Básica. Seu objetivo é criar um direcionamento para as atividades da principal porta de entrada do sistema.

Além dos princípios e diretrizes estabelecidos para o SUS em geral, a Política acrescenta:

- a) Acessibilidade – por isso a preocupação das unidades básicas de saúde serem localizadas perto das casas onde vivem os usuários;
- b) Vínculo – a construção da confiança entre profissionais e usuários para juntos, corresponsabilizarem-se pelo processo saúde-doença. E mais o aspecto terapêutico, quando a expressão do problema em um ambiente saudável produz traz, quando em ambiente
- c) continuidade do trabalho (mesmo utilizando outros níveis de hierarquia da assistência, é a atenção básica que dará continuidade ao tratamento).

Reafirmando o compromisso com o dinamismo da vida, da política, das novas configurações sociais, a PNAB propõe a inclusão de moradores de rua na assistência (consultório de rua) e reorganizou as ub's – unidade básica de saúde – fluviais para as populações ribeirinhas.

A intersetorialidade é um dos pilares da atenção básica, visto que determinantes ambientais e sociais são fundamentais para o processo saúde-doença e não dependem somente do âmbito da saúde. A criação do PSE – Programa Saúde na Escola –, por exemplo, tenta aproximar equipe de saúde, gestão escolar, professores, alunos e famílias. O objetivo do Programa é estender a reflexão sobre saúde a dezessete temas a ela ligados.

Desenvolvemos uma pesquisa em 2011, juntamente à coordenação do PSE da secretaria municipal da saúde, com o objetivo de saber como a atenção básica aproveitava o recurso do Programa para territorializar a saúde, aproveitando os recursos disponíveis. O resultado foi de que pouquíssimas equipes, tanto de saúde como de educação, conheciam o Programa. No contexto da pesquisa, eram onze escolas participantes em Lagarto, de um total de 72 escolas do ensino fundamental. Atualmente, Lagarto tem 74 escolas, das quais 52 participam do PSE. Há promessa para 2019, quando a secretaria pretende ampliar a pactuação.

No entanto, sempre que perguntado à equipe na rotina do trabalho nas unidades, há uma resistência da equipe e pouca solicitação das escolas. E nesta pesquisa se repetiu o que já era atestado no cotidiano: poucos profissionais conhecem profundamente o PSE e alguns que o conhecem alegam que não há tempo para essas práticas, como um trabalho sistematizado, visto o imenso volume de trabalho na rotina da equipe. Pelos depoimentos, O PSE tem sido pouco explorado.

“Eu recebi um comunicado da secretaria de saúde para ... discutir sobre PSE. Não sei se passar. Aqui não está funcionando ainda. Mas já ouvi falar do PSE.” E-4

Estar registrado no Programa não quer dizer que ele esteja acontecendo plenamente. Mesmo assim, se ainda não é feito um trabalho com o aprofundamento e sequência que o PSE propõe, de qualquer maneira, ter hoje 70% das escolas nele inscritas é um avanço da intersetorialidade, no sentido da compreensão que saúde tem que estar associada a outras áreas. É uma oportunidade que não pode retroceder. As parcerias que incluem a universidade devem aproveitar essas portas já abertas para o prosseguimento do PSE.

O deslocamento da equipe para fora da unidade básica propicia a percepção sobre os “riscos, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2011a).

“Eu acredito que o primeiro passo é a busca ativa de cada necessidade e fazer educação em saúde de cada necessidade. A partir disso é que vai melhorar, diminui o fluxo do atendimento.” E-4

Quanto mais se vê com os olhos, maior é a compreensão da realidade. A descrição no consultório sobre a reincidência da diarreia, da tosse como reação alérgica ao empoeiramento das vias sem pavimentações, da dengue em consequência dos resíduos sólidos fica muito distante do que se constitui o território.

“O território afeta a saúde dos indivíduos e da coletividade, portanto, a territorialização é uma realidade empírica. Mas, também, é o resultado da ação deliberada de territorializar a saúde, o que significa organizar os serviços de atenção à saúde a partir do território.” Eu acredito que o primeiro passo é a busca ativa de cada necessidade e fazer educação”. (LIMA, 2016)

E em função da distância entre o tipo de vida da maioria dos profissionais e usuários, ainda se corre o risco de construções preconceituosas, que em geral a população acaba sendo acusada por sua falta de saúde. E essa lógica não vai se transformar sem um comprometimento e parcerias da universidade, gestão, profissional e população em geral.

Fortemente baseada nos pilares da equidade, cidadania e solidariedade, é necessária a internalização dos valores propostos na PNAB enquanto formação de estudante da saúde e mais tarde, na atuação profissional, na equipe. Do contrário, o trabalho perde, de início, as dimensões do que se pretende sobre o conceito ampliado de saúde e processo saúde-doença-cuidado.

5- O COTIDIANO DA EQUIPE NA TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE

“... Quem quiser investigar corretamente a medicina deve fazer o seguinte: ... Assim que alguém chega a uma cidade, é inexperiente sobre ela. É preciso estar atento à posição dela, a como está assentada, ... Acerca das águas, é preciso considerar da melhor maneira possível, como elas são ... E a terra, se é descampada e sem água, ou nemorosa e abundante em água... A partir disso, é preciso considerar cada caso. Pois se alguém souber bem essas coisas, ... então não poderia deixar de reconhecer, ao chegar a uma cidade sobre a qual for inexperiente, nem as enfermidades locais, nem qual seja a natureza das cavidades, de sorte a não ficar sem saber como agir no tratamento das doenças e sem obter bom êxito.” (HIPÓCRATES, V a.C., apud CAIRUS, 2005).

A história dos determinantes ambientais da saúde e a percepção dos profissionais sobre saúde já tinham destaque no século V a.C, época em que o médico grego Hipócrates levantava questões sobre qualidade e características do ar e da água; questões sobre a importância da avaliação das diferentes características de cada território; e modo de trabalho dos profissionais da saúde. E propunha reflexões fundamentais que influenciaram modos de trabalho, percepções sobre saúde, incluindo o conceito de Saúde, formulado pela OMS, nos meados do século XX.

Como explanado no capítulo 2, a Saúde passou por muitas formas de ser percebida, desde o místico até a ciência, incluindo religião, valores, princípios, interesses políticos, tecnologia, durante séculos. Em todos eles, o território mostrava evidências como ponto chave da assistência, reafirmando as ideias de Hipócrates.

A combinação de todos estes fatores perdurou durante séculos até a revolução microbiana, no século XIX. À medida que a ciência avançava, novas propostas surgiam, tentando dominar o conhecimento sobre o corpo humano e a natureza.

No século XX, nos EUA, Flexner escreveu um relatório, em 1910, apregoando a eficácia da assistência na base de dois pilares: domínio das disciplinas biológicas e clínicas médicas, além da habilidade em lidar com laboratórios das ciências biomédicas e contato com clínicas hospitalares bem equipadas. Estes princípios tiveram grande influência sobre os médicos brasileiros na constituição da assistência brasileira (HUBNER; FRANCO, 2007).

O Brasil teve formalmente o modelo flexneriano até meados da década de oitenta, embora grupos de sanitaristas vinham desde as décadas de sessenta e setenta fazendo críticas mais contundentes ao sistema vigente e ao trabalho dos profissionais da saúde, época em que organizaram o Movimento da Reforma Sanitária.

Dawson, ao contrário dos argumentos propostos até então, mostrou que a eficácia da assistência ia além dos elementos apresentados por Flexner, incluindo conhecimento sobre cada indivíduo e comunidade:

Bertrand Dawson fez, em 1920, a crítica do modelo flexneriano e elaborou um relatório propondo a reestruturação dos serviços de saúde que seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas. A separação entre medicina Preventiva e Curativa é criticada por Dawson. Ao contrário de Flexner, Dawson considerava que a formação médica não deveria se dar apenas nos hospitais de ensino especializado, pois o médico generalista deveria exercer funções junto ao indivíduo e à comunidade.” (Ibid)

Dois modelos foram desenvolvidos nos Estados Unidos: de medicina da família e medicina comunitária. O primeiro, estava mais ligado à família e ao domicílio. O segundo, mais focado em ações coletivas e preventivistas no meio da população pobre, que originalmente objetivavam diminuir custos de doenças para o Estado.

A Inglaterra implantou o modelo proposto por Dawson, em que o autor expunha a necessidade de centros de atenção primária, conectados com a atenção especializada e esta com grandes hospitais. Canadá e Cuba também seguiram o novo modelo e estes três países foram fundamentais para a implantação do Programa Saúde da Família no Brasil.

Mundialmente, a década de setenta foi palco de muitas transformações nas áreas sociais. Na Saúde, o ápice se deu na Conferência Internacional de Alma Ata. Realizada em 1978, debateu-se a fragilidade do modelo biomédico, centrado na doença. A ênfase da reunião foi destinada à atenção primária e sua importância nos níveis da assistência.

Propunha um trabalho embasado cientificamente na medicina comunitária e cuidados primários de saúde. Os países filiados à OMS, participantes da reunião, acordaram o compromisso de atingir o maior nível de saúde até o ano 2000. No mesmo ano da Conferência, a OMS afirmou que 80% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos na atenção básica e por isso, foi identificada como a principal (não exclusiva) porta de entrada do Sistema.

No Brasil, a medicina comunitária seguia as estratégias do Canadá, Inglaterra e Cuba, pioneiros do modelo de Dawson. No entanto, havia aqui grupos resistentes à sua implantação, mesmo com as evidências de modernização e resolutividade que se mostravam nos países pioneiros. Os questionamentos relacionavam-se à polarização política e qualquer proposta nascida nos Estados Unidos causava desconfiança, diante das ditaduras instauradas na América Latina, influenciadas por aquele país.

No início da década de noventa, o Brasil conseguiu efetivar o que havia de melhor desses projetos e a proposta da assistência passa a incluir o território como parte do trabalho

da medicina e o espaço onde as pessoas vivem passou a ser uma nova fonte de conhecimentos sobre o processo saúde-doença.

Não se pode esquecer que essas ideias não surgiram repentinamente. Pelo contrário, o Brasil tinha nessa época uma história de mais de duas décadas, onde as universidades romperam seus muros e adentraram nas comunidades, ainda que de uma forma muito simplista.

As primeiras experiências isoladas no território foram bem-sucedidas e a repercussão que chegava ao Brasil dos resultados alcançados nos países inovadores incentivaram cada vez mais a criação de um programa que aproximasse o sistema da população (Ibid). Assim, em dezembro de 1993 nasce o Programa de Saúde da Família em 1993, inaugurando uma nova lógica da assistência (BRASIL, 2010b).

A Conferência de Alma Ata foi fundamental para ratificar a importância da atenção primária. Mas dependia de uma reestruturação que incluía: novo espaço de atuação e novo olhar do profissional de saúde durante suas ações cotidianas, pois a orientação era passar do foco na doença para adentrar no reconhecimento de território, onde a comunidade vivenciava seu processo saúde-doença. Este é um desafio até os dias atuais.

Havia uma crise – e ainda há – em relação ao modelo que tentava – e ainda tenta – reduzir o processo saúde-doença a fatores biológicos, centrados em fatores genéticos, distúrbios orgânicos e na genealogia das doenças. A OMS e OPAS propuseram alterar o paradigma até então referência mundial e propõem novas diretrizes: direito à saúde; medidas de promoção e prevenção; e gestão de serviços e de programas de saúde com base territorial (CAMPOS, 2012).

De certa forma, a visão biomédica dos profissionais de saúde partia de evidências consagradas na ciência, segundo a qual a doença deveria ser o centro da atenção e não propriamente a saúde. Ao mesmo tempo, outros grupos baseavam-se na dimensão social, muito entrelaçada com a dinâmica política vigente.

A dimensão social da saúde transferia o foco da doença para a saúde e propunha reflexões mais sofisticadas sobre saúde, dando origem a planejamentos que incluem intersetorialidade, corresponsabilidade, programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, novas formas de acolhimento, projetos individuais e coletivos de cuidado (projeto terapêutico singular e projeto terapêutico coletivo), projeto saúde no território, dentre outros.

Em Sergipe, as primeiras experiências de PACS e PSF aconteceram no município de Neópolis, embora desconsiderados alguns de seus princípios, como por exemplo a importância do médico atuar junto à comunidade diariamente, por oito horas (SANTOS, 2008), a fim de conhecer profundamente a realidade local.

Nesta pesquisa, a dimensão social é condição *sine qua non* para o entendimento de saúde. Utilizando-se trechos das entrevistas dos componentes da equipe da saúde e gerentes das unidades básicas de saúde, pretende-se neste capítulo valorizar o sentido dado pelos profissionais à saúde, aos usuários, ao lugar em que as pessoas vivem e ao seu local de trabalho.

A primeira observação importante refere-se à origem das equipes de saúde da família, com exceção dos agentes comunitários de saúde, em sua grande maioria vêm de um grupo social diferente daqueles que vivem nos locais onde vão trabalhar. Isto não é fator insignificante.

Todos os indivíduos e grupos têm percepções criadas a partir das relações que se constroem com pessoas e com o mundo. Os sentidos são constituídos como memória individual ou coletiva, de um mundo que se apresenta de tal forma e com determinadas características, aos olhos de quem o vê. E a partir da dinâmica dos acontecimentos é possível que novos processos alterem e recriem formas de percepção.

Quando um profissional é designado a tomar posse em um local de trabalho, ele leva consigo muitas referências que descrevem aquele novo lugar, sem mesmo ele nunca lá ter estado. Algumas palavras ou expressões como comunidade, área carente, povoado distante, difícil acesso, esgoto a céu aberto e tantas outras são capazes de criar um cenário, em princípio, com conceitos pré-estabelecidos, os quais, de uma certa forma, vão dar a direção das perspectivas daquela pessoa para o lugar e as relações que lá constituir-se-ão no desenvolvimento do seu trabalho.

O território nasce com características materiais e simbólicas (HAESBAERT, 2007) e por isso mesmo, a questão sobre a subjetividade dos profissionais da saúde não pode ser desprezada neste estudo que pretende analisar o cotidiano da equipe.

E algumas questões emergem a partir da observação da atuação da equipe na atenção básica: A equipe se vê como equipe? Como a equipe valoriza o trabalho no território? Qual o significado do território para os profissionais de saúde? O que o profissional ouviu sobre área

de moradores de baixa renda? Qual a relação do profissional com a desigualdade social? Estas e outras perguntas podem ser levantadas sobre as ações e reações dos profissionais da atenção básica.

Os profissionais em geral vêm de uma classe social distinta da classe social dos usuários com quem vão trabalhar. Trazem para sua prática uma visão de quem naturaliza o estilo de vida da população, condições objetivas da pobreza, meio ambiente degradado, responsabilização dos indivíduos sobre suas condições e suas consequências, como realidade estanque. A construção da subjetividade dos profissionais durante toda a sua vida constata a realidade daquela população dentro da normalidade.

Assim, falta de tratamento de água, esgoto a céu aberto, empoeiramento de vias públicas, ausência de coleta de resíduos sólidos (lixo) são naturalizados a partir da construção simbólica que se tem associada aos bairros em que população de baixa renda reside. E por isso mesmo, a equipe passa a conviver com situações inadmissíveis e evitáveis sem se surpreender, ou pelo menos estas questões não chegam em nível de instigá-los a novos desafios naqueles profissionais, que veem aquele cotidiano da comunidade como normal e imutável.

Estes profissionais vêm de uma graduação que deveriam se enquadrar aos novos processos de trabalho. A contradição entre o tipo de formação acadêmica e a proposta inovadora do SUS ainda é um entrave na efetivação do sistema. A atenção básica é considerada como sua porta principal de entrada, com possibilidades de resolutividade de mais de 80% dos problemas de saúde da população (CAMPOS et al, 2014).

No entanto, uma de suas fragilidades é a falta do conceito ampliado de saúde na prática dos seus graduados e a própria concepção sobre o que é equipe, visto que o modelo biomédico predomina, traduzido nas práticas individualizadas, nos ambulatórios.

“A equipe de saúde [referindo-se aos médicos cubanos] se reúne para falar da realidade de uma determinada área. A mão de obra estrangeira frequentemente se reúne, mas, os brasileiros não têm essa cultura.” E-1

O modelo biomédico é ainda hoje o norteador na maioria das ações da equipe de saúde. Uma cultura difícil de se desconstruir, visto que a estrutura curricular dos cursos de saúde, principalmente até a década passada, constitui-se de uma carga elevada de disciplinas que o sustenta. E os profissionais que hoje atuam no SUS vêm dessa formação.

A pesquisa aqui desenvolvida revela o olhar da equipe da atenção básica, elucidando os desafios que o SUS tem pela frente em relação aos determinantes ambientais da saúde. Foi marcante o discurso das equipes no que se refere à valorização da cura da doença e reabilitação, em detrimento à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Isso gera o estrangulamento do sistema, pois os hospitais não sustentam as demandas que lá chegam, no momento mais crítico da vida da pessoa (SANTOS, 2008). A maioria das questões que poderiam ser resolvidas na atenção básica se agravam e chegam à alta complexidade.

A modernidade que traz na concepção do SUS caracteriza-se pela ênfase dada à promoção da saúde, prevenção dos agravos e territorialização da saúde. Portanto, a promoção da saúde é um dos pilares do SUS. Na pesquisa, fica evidente na fala dos entrevistados e nas anotações dos prontuários que a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é parcialmente vivenciada pelos profissionais da atenção básica.

Para enfatizar a promoção da saúde, foi inserida na agenda do SUS a PNPS, criada através da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 e revisada em 2015. Enfatiza a importância da participação de setores além da saúde para promover saúde, reconhecendo que isoladamente não consegue dar conta dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e, acima de tudo, a promoção da saúde é uma formulação ética em defesa da vida (BRASIL, 2015).

A promoção da saúde extrapola o setor da saúde, propondo discussões e ações que incluem estratégias para redução da pobreza; alimentação mínima recomendada dentro de parâmetros nutricionais; construções e adequação do espaço público para melhor uso pela comunidade em atividades físicas, culturais, recreação e lazer; redução do uso do tabaco, álcool e outras drogas, para não passar do uso para o abuso; fortalecimento de vínculos entre os comunitários; desenvolver tecnologias sociais (acolhimento, grupos, projeto terapêutico singular e coletivo), estimulando a convivência, respeito às diferenças e solidariedade quanto às diferenças de gênero, etno-raciais, pessoas com deficiências e necessidades especiais, orientação sexual (acrescentamos escolha), dentre outras iniciativas.

Além de todos os princípios que sustentam o SUS, a PNPS articula-se com outras políticas criadas pelo Sistema, para efetivar o seu fortalecimento. Ao mesmo tempo, formam uma rede para entrelaçar ações que resultem eficácia em saúde. Sua perspectiva

multidisciplinar e integrativa contribui para a consolidação do SUS, mas antes disso, ela se remete a uma lógica inovadora.

A PNPS define a produção de saúde como uma instância sem nenhuma relação com doença e está estreitamente relacionada à recriação de possibilidades de bem-estar e qualidade de vida, seja pela proteção social, seja eliminação dos riscos que arrastam as populações para situação de vulnerabilidade, seja levando-se em consideração as potencialidades individuais, coletivas e locais.

Algumas das estratégias para concretizar a promoção da saúde são:

Territorialização – Reconhecimento do território e articulação com os equipamentos sociais disponíveis e fortalecimento da identidade local;

- 1) Articulação intra e intersetorial – Planejamento conjunto, aproveitando os recursos de diferentes áreas de conhecimento e estratégias;
- 2) Aproveitamento de toda a rede de saúde e outras áreas – Pautada na integralidade do cuidado e concepção de saúde ampliada;
- 3) Participação social – Inclusão da comunidade na elaboração de planejamentos, levando-se em consideração os diversos saberes;
- 4) Educação permanente – Reflexão constante e renovação das práticas, nos processos de trabalho, entendendo a dinâmica individual e coletiva, em suas dimensões física, social, cultural, econômica e ambiental, na perspectiva de contextualização de problemas vividos na realidade, proporcionando elaborações a partir de relações dialógicas e emancipatórias.

Não é por acaso que a territorialização é enumerada como a primeira estratégia da PNPS. O território é onde as pessoas vivem, onde as pessoas e coletividade têm práticas de saúde corretas e equivocadas, de acordo com sua cultura, além de um ambiente gerador de saúde e/ou adoecimento.

“... Considerar a saúde no território é perceber as relações territoriais que perpassam a saúde, é desenvolver vínculos entre os serviços de saúde e a população, permitindo uma aproximação dos profissionais da saúde ao contexto de vida dos sujeitos para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde da população.” (MONKEN; BARCELLOS, 2005, apud LIMA, p. 43, 2016)

Portanto, a promoção da saúde exige um diagnóstico do território que dê subsídios à equipe. Conhecer os problemas e necessidades que perpassam o território impõem ao profissional uma postura técnica e ao mesmo tempo política. É condição básica para responder

o que propõe a promoção da saúde, ratificada na PNPS. Pode-se analisar o seguinte trecho da entrevista:

“Durante a campanha política promete àquela população que vai melhorar as condições ambientais daquele lugar... isso em 2001. São dezesseis anos prometendo e a gente vai lá hoje e se depara com uma situação pior.” E-1

No trecho acima, a componente da equipe de saúde reporta-se às condições ambientais como se não fizesse parte do seu trabalho diário a tentativa de solução do problema, juntamente a outros setores. As questões ambientais aparecem como se estivessem fora do campo da saúde, mostrando que há uma expectativa de solução externa, por responsabilidade de grupos político-partidários.

Gonçalves (2010) afirma que as políticas públicas sociais contemporâneas representam um espaço de promoção de direitos. O SUS é a maior política social do Brasil e em sua constituição está clara a necessidade de uma militância que compreenda o sentido amplo de saúde. E esse combate é diário e ininterrupto.

Mesmo se tratando de um momento de crise profunda, embalada pela aprovação da Emenda Constitucional PEC 241/55, nº 95/2016, 2016), que congelou os investimentos em Saúde e Educação até 2036 (BRASIL, 2016), a saúde continua sendo um pilar de luta. As constatações das desigualdades em seu campo, tanto no que diz respeito ao acesso, quanto à qualidade da assistência vêm numa trajetória de defesa pela democracia e direitos sociais (NETTO; ABREU, 2009).

Segundo estudos do economista Bruno Moretti (2018), doutor em Sociologia, a Pec vai desestruturar vários sistemas de proteção e assistência social. Em 2019 já serão R\$ 9,5 bilhões a menos. Para o Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA-2019, o valor R\$ 117,5 bilhões previstos é inferior ao orçamento de 2018, em R\$ 1,7 bilhão. No método antigo, a saúde receberia R\$ 127 milhões, em 2019.

O governo atual termina seu mandato em dezembro de 2018, mas deixará um prejuízo irreparável para a Saúde por vinte anos, pelo menos. Há algumas configurações das novas propostas que atingem alguns setores e eventos. Os indicadores já apontam o aumento da mortalidade infantil para os futuros dez anos (Ibid).

O economista analisa o retrocesso nos serviços públicos de saúde. O que foi conquistado em trinta anos a partir da construção do SUS, somado aos processos anteriores

que culminaram em sua criação terão alguns desses anos perdidos. Muitas ações terão que ser reerguidas.

No entanto, o processo de diminuição de investimento em saúde não começou em 2016. No início da década, o governo de colisão (PT, MDB, PCdoB e outros) já vinha diminuindo o investimento em saúde e outras áreas sociais, em detrimento do pagamento de juros e amortização da dívida pública, que aumentou, da casa dos 30% para quase metade do orçamento geral da União em 2014, conforme mostram as figuras seguintes.

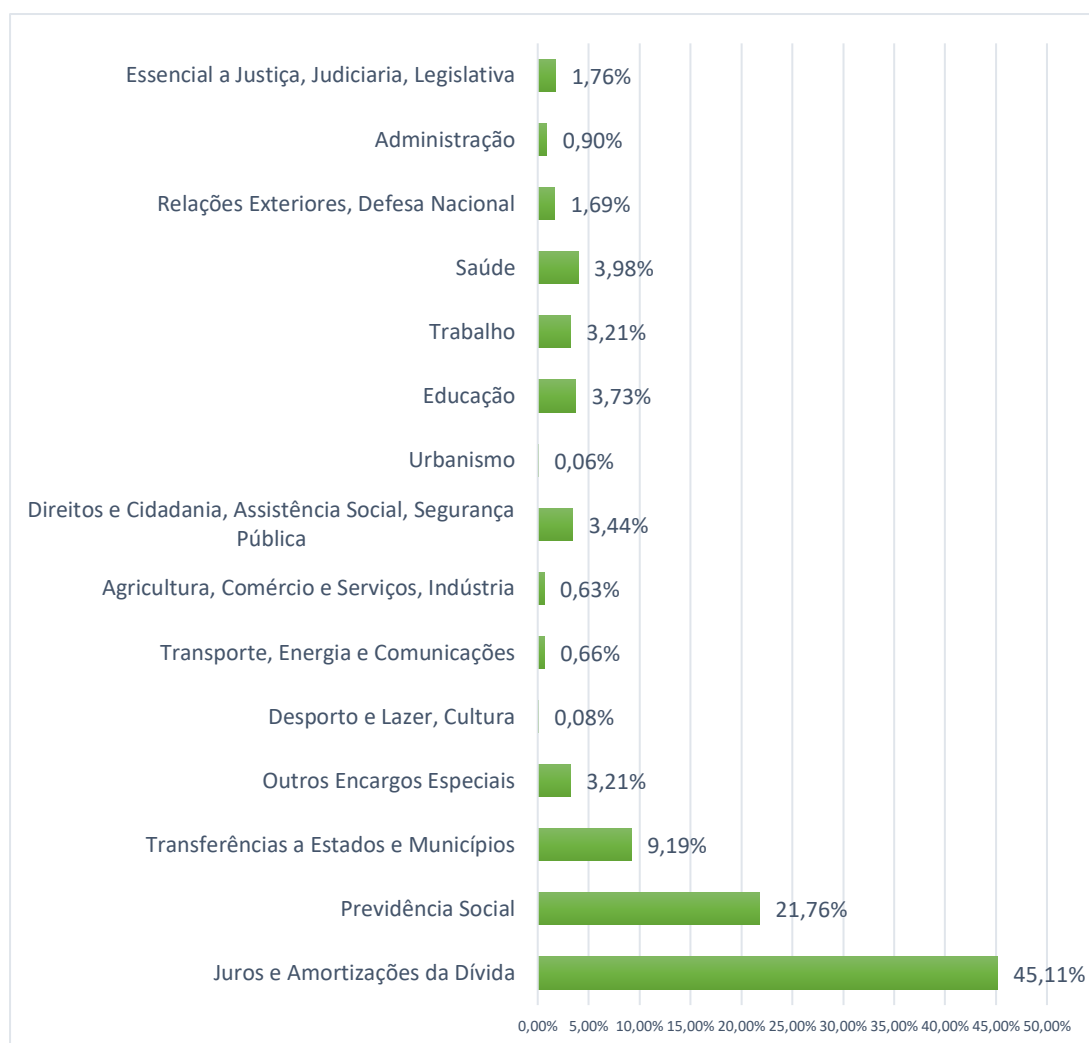
A falta de investimento foi percebida no cotidiano de Lagarto. As dificuldades aumentaram em relação aos encaminhamentos para a assistência especializada, incluindo tratamentos que exigiam aparelhos com tecnologia mais sofisticada, negados por falta de verbas para sua aquisição, conforme justificativa dos gestores de centros responsáveis.

É preciso que os pesquisadores e profissionais da saúde estejam vigilantes sobre as informações acima citadas, pois a atenção básica, dentro dos níveis de assistência, aparece como mais frágil e fácil de ser atingida. Concorrer com o hospital de alta complexidade, que atende às emergências, situações limiares de morte/vida, é difícil numa análise superficial sobre saúde.

Aos olhos da população e de alguns gestores é mais relevante o investimento na alta complexidade, mesmo que estudos mostrem que uma atenção básica muito bem estruturada elimina mais de 80% dos problemas, que atualmente chegam à média e alta complexidades, que não teriam necessidade. E a falta desses investimentos pode atingir diretamente ao trabalho de territorialização da saúde, incluindo falta de profissionais e meios deles chegarem a todos os cantos de sua área de abrangência.

Figura 21 – Orçamento Geral da União de 2006

Fonte: SIAFI, 2006

Figura 22 – Orçamento Geral da União de 2014

Fonte: SIAFI, 2014

O orçamento da saúde diminuiu. De 4,82% em 2006 passou para 3,98% em 2014. Inversamente proporcional, o pagamento da dívida era de 36,7% e aumentou para 45,11%, comprometendo quase metade do orçamento da União.

Apesar dos sérios problemas de ordem econômica citados aqui e nos outros capítulos, existe um conjunto de ações que ainda dá suporte à estrutura do sistema. É preciso que as ações da equipe estejam bem articuladas com o que determina a lei e as dimensões que envolvem a comunidade para além do âmbito da saúde.

Portanto, quando a entrevistada coloca na mão da população a responsabilidade do voto indevido àqueles que nunca voltaram à comunidade para cuidar do esgoto a céu aberto é a demonstração de uma visão reducionista do trabalho da equipe no território e fere o pressuposto da PNH, em que a gestão, equipe e usuários são corresponsáveis pela saúde.

As políticas nacionais (PNH em 2003; PNAB em 2006; PNPS em 2006, dentre outras) foram surgindo durante a trajetória do SUS como dispositivos para fortalecerem os seus princípios e diretrizes. Conforme novas demandas iam surgindo, as políticas tornavam-se instrumentos para a efetivação das ações idealizadas, visto que seus prepostos na Constituição Federal de 1988, na regulamentação do SUS (Lei 8080/90) e Participação da comunidade e recursos financeiros (Lei 8142/90) têm caráter generalizado.

A concepção de território como cenário das condições de saúde do sujeito remete-se ao entendimento de que saúde é primeiramente uma decisão política, na perspectiva do SUS.

“Em um povoado, fizemos um mutirão junto à associação comunitária, foram feitos exames de fezes e o índice de esquistossomose foi alto na época. Lembro que administrávamos uma medicação no próprio ambiente, com a enfermeira ali comigo. Era um lugar perto do rio, com atividades de pesca, lazer banho que as pessoas faziam. Foi um trabalho espetacular, **mas foi há treze anos atrás** (grifo meu).” E-8

“Eu fiz parte da primeira equipe de saúde da família do povoado Brasília. Mesmo com a falta de estrutura para você organizar um trabalho desse tipo, mesmo assim era organizado, era considerada a melhor equipe do município porque o pessoal **era** muito doado ao trabalho. **Tínhamos** reuniões, **fazíamos** palestras, **visitávamos** as escolas, **houve uma fase muito boa**, não posso dizer que era o trabalho perfeito, mas a gente **tentava** chegar um pouco perto da proposta.” E-8

O relato mostra elementos que distanciam a saúde de um questionamento político que deve ser constante, pois o que aconteceu naquele lugar se repete em tantos outros do país, inclusive no lugar da pesquisa. E a proposta da intersetorialidade do SUS traz para o profissional o compromisso sobre esses aspectos, em ambientes tão adversos à saúde, que a vigilância deve ser de forma contínua.

Fortemente baseada nos pilares da equidade, cidadania e solidariedade, é necessária a internalização desses valores no cotidiano da equipe. Do contrário, o trabalho perde, de início, as dimensões do que se pretende sobre o conceito ampliado de saúde e processo saúde-doença.

“Eles prometendo àquela população miserável de que iriam calçar a rua, melhorar as condições de esgoto e nunca. São dezesseis anos prometendo e a gente vai lá e se depara com uma situação pior... Estava cuidando das gestantes [a agente comunitária de saúde, em 2001] Os filhos dessas crianças que ela pesava se tornaram adultos, espelhos dos pais, mesmos costumes dos pais.” E-1

Algumas observações a partir do relato:

Este comentário mostra a visão sobre a falta da relação intersetorial necessária no cotidiano da saúde. As condições do esgoto a céu aberto, como citado pela entrevistada, não

são percebidas pelos profissionais como parte do trabalho da saúde, interagindo com secretarias e outros órgãos. Pelo contrário, não só a questão está fora do âmbito da saúde, como deve ser de responsabilidade da população e seus representantes políticos.

“Falta educação. Você tem que informar a questão do saneamento que é mais do poder público, a questão de higiene é horrível, tivemos **a oportunidade** (grifo meu) de fazer uma visita e quando a enfermeira e **assistente social** entraram na casa, tiveram que se retirar porque não suportaram o mau cheiro, pacientes acamados, ambientes sujos, a questão da higiene também é fundamental. A questão do saneamento é do poder público e a questão de higiene é da população, porque pobreza não é sinônimo de falta de higiene.” E-8

Em todas as entrevistas foi perguntado sobre a relação da equipe com os outros setores do município, do estado e com outras instituições. E a resposta foi unânime: Não há nenhum espaço em que os trabalhadores da atenção básica discutam as informações que detêm sobre o território. Não há agenda para intersetorialidade. O SUS tem três princípios doutrinários, isto é, o que lhe dá a concepção de como deve ser interpretada e conduzida a saúde, com base na ética: universalidade (acesso a todos, sem nenhum tipo de discriminação); equidade (eliminar as diferenças para todos se tornarem iguais); e integralidade (consideração de todas as dimensões que envolvem a saúde).

A intersetorialidade é uma das estratégias que respondem ao princípio doutrinário da integralidade. Baseada nas conferências internacionais, a PNPS propõe a construção de uma rede de atenção com outros setores, cujas políticas incluam determinações sobre vulnerabilidade e risco em saúde. Constata-se que os proponentes da PNPS pensaram em todos os aspectos da intersetorialidade, influenciando outras políticas que se relacionam à saúde.

A segunda questão refere-se à crítica da entrevistada às novas gerações, que são os “espelhos” dos pais, visto que continuam sem tomar atitudes em relação às condições ambientais, que perduram por quinze anos. Conforme as entrevistadas, a quantidade de tarefas burocráticas não permite a inclusão na agenda de ações de educação em saúde.

“A enfermeira atuava mais na comunidade e hoje fica dentro da unidade de saúde, antes estava junto com a comunidade, era um trabalho mais preventivo mesmo, de educação e saúde, todo mundo discutia...” E-1

A estratégia da participação social inclui a comunidade na elaboração de planejamento, levando-se em consideração as experiências e saberes dos moradores e as demandas do local, como apregoa a PNPS. A equipe tem responsabilidade de agregar os protagonistas, conforme sugere o SUS.

A equipe representa o Estado, que se impõe no determinado território. Os agentes externos, aqueles que ali estão chegando, precisam reconhecer a realidade local e o que representa aquele lugar simbólico, onde se deve construir a gestão compartilhada, incluindo gestores, profissionais e usuários em espaços que deliberem sobre agendamento, atuação de profissionais de várias áreas de conhecimento, otimização de atendimento e diagnóstico de situação territorial, dentre outros (SKAMVETSAKIS, 2006).

A gestão compartilhada atinge outra frente essencial da construção do SUS: a educação permanente, que relaciona o processo de trabalho com a problematização, isto é, a partir de como se dão as ações dos profissionais e sua realidade no ambiente de trabalho, juntamente com a população.

“No PACS, em 1994, era uma enfermeira e os agentes. Estávamos junto à comunidade, o agente estava comigo, a gente acompanhava gestante, puerpera e criança, entendendo e acompanhando o processo. Tinha um programa de leite, acompanhávamos essas crianças até ela recuperar o peso e aí, saíam do programa... Surgiu o PSF com a presença do médico, técnico de enfermagem e completou uma equipe... Agora é Estratégia Saúde da Família, mudou a nomenclatura, parece que mudou tudo e hoje a gente vive uma realidade diferente... ficou tudo mais burocrático porque hoje estamos fazendo assistência dentro da unidade porque não nos resta tempo de ir lá.” E-1

A Estratégia Saúde da Família tornou-se um programa mais eficiente que o PACS – ou deveria sê-lo. A inclusão do profissional médico ampliou as possibilidades de resolução. Questões que fugiam da alçada das enfermeiras podem agora ser solucionadas. No entanto, no meio dessa nova estrutura, outras tarefas surgiram para os profissionais, provocando a diminuição do seu tempo no território.

No que diz respeito às informações, muitos formulários surgiram com o objetivo de detalhar a realidade, alimentar sistemas que permitam oferecer dados que se transformem em subsídios para criação de ações que respondam as demandas específicas de cada lugar. Por outro lado, os órgãos responsáveis por informações estatísticas, principalmente IBGE e DATASUS, tiveram grande importância, pois foram eles que ajudaram a mapear os locais em que as políticas sociais eram mais necessárias, estabelecendo prioridades, visto que havia um governo preocupado com a vulnerabilidade da população.

Mesmo se considerando a necessidade da sistematização dos dados para subsidiarem as ações mais adequadas, houve uma espécie de aterrorizamento aos profissionais no sentido de que esta tarefa passou a ter maior relevância do que a vida do profissional nos espaços do território.

“Tá na hora de sentar e discutir cada indicador, sobre se é realmente necessário esse montante de dados e números que não são utilizados para os fins que o SUS propõe a oferecer... Precisamos rever essa avaliação de indicadores, enquanto município, enquanto equipe. O ministério dita, temos que seguir, mas tem coisas que não tem como ficar calado, desde lá de cima e descendo de degrau por degrau para entrar num consenso, como antigamente.” E-3

“É ficha da saúde da mulher, é ficha da saúde da criança, são fichas que são preenchidas e arquivadas, não têm nem monitoramento, porque se tivesse, a gente ainda ficaria satisfeito por ter alguém observando nosso trabalho, que estamos melhorando nosso serviço ou vamos melhorar mais.” E-1

Como já foi detalhado no capítulo 3, o território é dividido em áreas. Em Lagarto, cada uma delas está sob responsabilidade de uma enfermeira. Dentro da área há microáreas, com atuação de um agente comunitário de saúde exclusivo. No caso acima, oito agentes se reorganizaram para cobrir as doze microáreas.

Algumas considerações sobre as falas das entrevistadas acima:

O ato responsável do governo mapear as características de cada lugar é muito importante para um sistema que pretende atender às diferentes peculiaridades. No entanto, foi unânime nas entrevistas e já era sabido por nós que atuamos na atenção básica desde 2011, que são muitas reclamações sobre o tempo utilizado para preenchimento de formulários.

O Ministério da Saúde apresenta alguns projetos, propondo trabalhar a partir de alguns indicadores que nem sempre são a realidade de um determinado lugar. Enquanto a equipe está trabalhando indicadores que não retratam a realidade do seu território está deixando de trabalhar em outro evento epidemiológico muito mais frequente em sua região.

Outra questão, na prática, como os dados do e-SUS, alimentados pelas equipes, voltam como orientação programática que solucionem ou minimizem os problemas ambientais, epidemiológicos, apontados no sistema, sobre aquele território? Segundo a entrevistada, as fichas são preenchidas e nem sequer são monitoradas para avaliação do trabalho realizado pelos profissionais. Então, fica sem sentido a obrigatoriedade tão rígida de preenchimento dos formulários se nem sempre os dados registrados voltam como proposta de trabalho.

Entre a burocracia do sistema representada pela quantidade elevada de formulários e a concepção de saúde dos trabalhadores existe a burocratização da ação em saúde.

“... percebe que a enfermeira está sobrecarregada sempre e não resta tempo pra nada, a não ser ficar aqui todo dia, sentada e atendendo. Quer fazer uma visita e não tem como porque a demanda vem.” E-1

“... A gerência cobra número de consultas médicas, exames de lâmina, 100% de acompanhamento das gestantes, ficando apenas na assistência... Como parar para fazer educação em saúde?” E-1

“Eu tenho doze agentes de saúde e tem quatro de licença, eu estou me adaptando ... fiz um atendimento de hiperdia na Matinha, numa creche, deu tempo de fazer, dessa forma dá. Agora aqui [na unidade] não tem como fazer porque não tem espaço físico para isso, você vê que o posto é um corredor e tem três enfermeiras atendendo nesse corredor. Não teria como fazer porque as salas são muito próximas...” E-2

É interessante notar que ao mesmo tempo em que a equipe diz que não tem tempo para ações no território, ela traz a unidade básica como a referência da saúde, em vários momentos.

A enfermeira E-2 fala que realizou uma atividade no território porque não havia condições de realizá-lo na unidade. Ela diz que o trabalho substituiu o atendimento na unidade e por isso, foi necessário o atendimento em grupo, no território, pois não teria condições de atender o número de usuários dentro da unidade. Esta mesma entrevistada afirmou logo no início da entrevista que o principal papel do SUS é “promover saúde na busca ativa nas visitas domiciliares”.

Para introduzir a questão citada – hipertensão –, segundo a Associação Brasileira de Hipertensão, a hipertensão é 90% herdada. Hábitos alimentares, falta de atividades físicas e estilo de vida ajudam compor o quadro da doença. Por isso mesmo, o Hiperdia é um programa que inclui ação continuada, atentando para minimizar o número de casos, promover saúde e prevenir os agravos que a doença traz.

O fato de a hipertensão ser hereditária não significa obrigatoriamente que a doença irá se manifestar em todos os seus descendentes. A prevenção fica entre a possibilidade da doença se apresentar e sua inibição. A equipe deve se ocupar desse espaço, oferecendo alternativas e orientações que possam controlar o nível daqueles que são portadores, como também evitar o surgimento de novos casos.

A hipertensão e o diabetes compõem a primeira causa de hospitalizações no SUS e são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. No entanto, 60 a 80% dos casos poderiam ser solucionados na atenção básica. O Ministério da Saúde criou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HÁ) e ao Diabetes Mellitus (DM). O Plano propõe reuniões mensais, ações educativas, estímulo de atividades físicas, além do agendamento da medicação. (SILVA, 2015).

É preciso conhecer o cotidiano dos portadores da doença e a melhor maneira de fazê-lo é chegar perto dos seus costumes diários, a casa onde vive e como se alimenta.

O destaque para a fala da entrevistada é sobre o modelo ambulatorial, tão presente na forma de pensar dos profissionais. O território, tão rico em informações sobre a vida cotidiana da população, passa a ser secundário nas atividades da equipe.

Algumas observações:

- 1- O projeto HIPERDIA tem o objetivo de controlar os portadores e evitar novos casos;
- 2- 21,4% da população acima de 18 anos. Entre as mulheres, há um número maior com hipertensão (24,2%), enquanto entre os homens apenas 18,3%;
- 3- Entre 30 e 59 anos - 17,8%
- 4- Entre 60 e 64 anos - 44,4%
- 5- Entre 65 e 74 anos - 52,7%
- 6- De 75 em diante - 55%

Entretanto, o território é colocado em segundo plano. O depoimento da entrevistada anterior diz que o lugar correto do atendimento seria na unidade, mas por falta de espaço ela teve que transferir o atendimento para o território.

O fato de um atendimento ser no território não o transforma, necessariamente, de um atendimento modelo biomédico para um atendimento holístico. Poderia, mesmo estando no território, manter a valorização da medicalização e ausência de reflexão sobre os determinantes ambientais. Porém, o mais marcante é a referência do ambulatório como espaço principal do processo saúde-doença-cuidado.

Quando E-1 diz “a demanda vem” está situando uma ação que não pode ser evitada e por isso tem que ser atendida. No entanto, o território não é visto como o lugar prioritário, sem possibilidade de adiamento de algum tipo de intervenção.

Sobre a falta de tempo para a educação em saúde devido à necessidade de atender a gestantes, foram registrados fatos muito relevantes de como a concepção do profissional sobre saúde determina sua conduta. Na mesma unidade de saúde, dois fatos se deram sobre gravidez, com as entrevistadas E-1 e E-11.

A entrevistada E-1 chegou a ter sessenta gestantes e por isso seu tempo era bem escasso para atender elevado número de mulheres e, por consequência, sua dificuldade de realizar outras atividades, pois o número vinha aumentando a cada mês.

“A maioria é gravidez acidental, sem planejamento. Planejada? Uns 10%. **Me surpreendi** com uma menina que disse que usou ácido fólico porque pretendia

engravidar e ela engravidou no **tempo correto**, tem 28 anos. **Faz tempo** que não tinha escutado isso, planejada. Hoje veio uma de 14 anos, uma criança cuidando de mais uma, uma bonequinha porque para ela não é uma vida, é uma bonequinha para arrumar o cabelo. Aí, pergunta-se: **como vamos resgatar isso** e buscar a prevenção lá na comunidade? E-1

Quando a médica estrangeira, do Programa Mais Médicos, chegou em Lagarto, na mesma unidade, assustou-se com a quantidade de gestantes, principalmente jovens/adolescentes e relata:

“O principal problema nessa comunidade quando cheguei foi a grande quantidade de grávidas. Tinha 60. Eu falei: isso não vai acontecer mais. Agora, faz seis meses que estou no Brasil e tenho 40 grávidas e tenho 24 pacientes no planejamento familiar. A pessoa pode engravidar, mas sabendo o que aconteceu. Aí, previno mais do que trato. Falei com as agentes: quero que vocês me mandem todas as mulheres em idade fértil que não tomam anticoncepcional. Temos certeza de que essas 20 não estarão grávidas por um tempo. Podem engravidar por decisão, mas não por falta de intervenção”. Antes, fazia quatro, cinco cadastros por mês. No mês passado até hoje, só fiz um cadastro.” E-11

Voltando ao que foi dito logo no início deste capítulo, há uma conformação por parte dos profissionais como se algumas situações fossem “normais” em áreas de população de baixa renda e não há nada a fazer. Por exemplo, a gravidez na adolescência. Em nossas atividades de rotina, antes da realização desta pesquisa, quando se era perguntado à equipe sobre as motivações das mulheres não usarem corretamente os contraceptivos, juntamente com gravidez precoce, era dito que os companheiros, por vários motivos eram contra seu uso e que a gravidez era comum nos povoados.

A médica estrangeira do Programa Mais Médicos alterou a lógica das mulheres moradoras da comunidade: a decisão de ter filhos passa por dimensões, além da dimensão cultural. Ela apresentou à população feminina formas de se relacionar com a sexualidade e coloca a gravidez como deliberação da mulher e não como resultado do acaso. Um dos conceitos estruturantes da promoção da saúde é o empoderamento. É associado à participação coletiva, mas tem sido usado para expressar a capacidade das pessoas explorarem seu potencial de transformar práticas (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

No momento em que mulheres decidem continuar em um grupo de planejamento familiar, elas estão deliberando sobre o seu corpo e querem aprimorar seu conhecimento sobre como alterar o que em princípio, a comunidade e a própria equipe de saúde achariam que seria normal acontecer.

A médica estrangeira do Programa Mais Médicos fala sobre a importância da busca ativa no território.

“A ação educativa é a mais importante. Promovemos informações sobre a doença, como vocês fazem aqui, na sala de espera (referindo-se a um tipo de atividade realizada pelos alunos da universidade). Só que na comunidade: sintomas, como será o processo se for diagnosticado com diabetes ou hipertensão. E-11

A territorialização é um pressuposto da organização do SUS, uma operacionalização que não deve se restringir ao território delimitado pela imposição do Estado, conforme áreas e microáreas a que a população é adscrita (LIMA, 2016), mas levar em consideração a dinâmica que envolve aquela comunidade, em suas dimensões sociais e culturais.

A busca ativa é uma ação do território que revela muitos significados de como as pessoas vivem, pensam e sentem. Não se restringe à contabilização, mas identificar o nível de saúde e qualidade de vida da população. A visita domiciliar, conhecer os espaços da comunidade propiciam ver de perto como as famílias percebem os temas da atualidade, como aproveitam suas potencialidades para reverter situações adversas à saúde.

“A enfermeira fez um levantamento. Existem várias meninas de quatorze anos, grávidas e as mães sem saber o que fazer. Não se fala de sexo dentro de casa como se ele não existisse. Um colega tem uma filha que engravidou e ainda está com doença venérea. A gravidez pula uma etapa da vida, porque a grande maioria desses adolescentes que engravida precocemente, abandona a escola.” E-7

Outra questão que influi no cotidiano da equipe é a dificuldade na construção do vínculo entre equipe e população devido à oscilação de profissionais, de acordo com os arranjos políticos locais. A cada quatro anos, Lagarto alterna entre dois grupos hegemônicos locais. O eleito, em geral, retira toda a equipe da atenção básica: recepcionistas, enfermeiras, gerentes e técnicos de enfermagem, com exceção dos concursados, que são minoria.

Na PNAB de 2011 e mal reescrita na sua reformulação de 2017, fica clara a importância do vínculo, que se constitui a partir de relações de confiança. O saber científico do profissional só é internalizado a partir de um trabalho contínuo que vá ganhando afetivamente o usuário e coletividade para a proposta terapêutica apresentada. Da mesma forma, os saberes populares ganham espaço na prática dos profissionais, à medida que estes compreendam o universo dos usuários, seja na dimensão cultural, religiosa e social do cuidado em saúde.

É preciso respeitar a vontade das pessoas envolvidas. Não há o que se possa fazer se o usuário não estiver convencido das ações em saúde, dando-lhe condições de escolhas e protagonismo. Conforme a PNH (BRASIL, 2010c), “os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um.”

O apadrinhamento político é, portanto, uma das questões mais problemáticas para a construção do vínculo, que permite o aprofundamento da corresponsabilização pela saúde. A falta dessa discussão e a recorrência desse modelo de gestão descompromissado com a continuidade não contribui para a elaboração de projetos terapêuticos singulares, projetos de saúde no território e diagnósticos no contexto da família (LIMA, 2016), que exigem longitudinalidade das ações. A PNAB enfatiza a importância do vínculo e da confiança:

“III - adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.” (BRASIL, 2011a).

Em uma eleição, a entrevistada E-7 foi convidada pelo grupo vencedor para assumir um cargo na unidade básica de saúde, mas estava impossibilitada de assumir imediatamente. Foi colocada uma pessoa da sua família para “garantir” a vaga, até E-7 poder assumir.

“Nunca trabalhei em saúde, os profissionais me ajudaram na conduta, em termos de conhecer o funcionamento.” E-7

O SUS é a maior política social do país. Há interesses de muitos setores da sociedade, desde as organizações profissionais até os capitalistas interessados nos planos de saúde privados. Não se consegue construir um sistema que pelo seu tamanho já se justifica a lentidão de alguns processos e por isso mesmo quanto menos variáveis houver, maior será a possibilidade dele funcionar efetivamente.

O sistema naturalmente pela sua dimensão, já apresentaria muitas dificuldades de operacionalização. Adicionando as situações de ordem política, amplia ainda mais os entraves no seu funcionamento. A atenção básica é a principal porta de entrada do usuário. Do seu funcionamento, depende a maior parte do sucesso do sistema. Quando o seu gerenciamento é colocado nas mãos de pessoas que não têm nenhuma intimidade com a área, pessoas que desconhecem projetos de saúde de responsabilidade exclusiva da atenção básica, não

compreendem a lógica da hierarquização – como o caso da entrevistada, isso significa que a idealização do sistema é corroída diariamente no cotidiano de suas práticas.

O sistema é considerado pela OMS um dos maiores sistemas públicos do mundo, próximo da perfeição, no que diz respeito às suas diretrizes e complexidade de operacionalização e próximo da perfeição, em termos estruturais. É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. E Mas para o seu funcionamento não

A falta de prática de saúde no território, muitas vezes por falta de gerenciamento, faz com que a unidade de saúde seja a referência da saúde para a população.

“75% dos usuários vêm à unidade quinzenalmente... acredito que é vício de estar na unidade, como a pessoa que tem vício de fumar e beber.” E-7

“Tem pessoas que pegam a medicação de hipertensão... e não sabem o nome da enfermeira ... e isso é muito ruim, chega na recepção e diz que não sabe. Aí tem que procurar nome da rua, do agente. Tem uma **falha** muito grande. Não dos profissionais, mas sim dos usuários.” E-7

A fala sobre a irresponsabilidade do usuário é uma queixa recorrente da equipe, quando se trabalha na atenção básica. É um jargão que se repete, traduzindo a imputação da responsabilidade individual, como se a população não fizesse a sua parte: ineficácia dos programas por falta de adesão; usuário não pega o remédio no dia certo; mulheres não sabem usar contraceptivos; adolescentes não querem saber de palestras informativas sobre gravidez; os homens não se cuidam; as mães deixam as crianças no chão, descalças e por isso adoecem.

A palavra “falha” citada pelo entrevistado parece não ser a mais adequada a ser atribuída ao usuário, pela sua falta de compromisso e o entendimento de como cuidar do seu corpo, da própria saúde. Torna-se incoerente quando o território não é cenário da rotina diária da equipe. O que fica explícito é que o espaço de saúde para a equipe não é o território e para o usuário, a unidade é o local da doença.

Estas questões acabam atingindo o nível de resolutividade esperada nas ações da atenção básica e em outras instâncias. Reproduz-se no sistema uma atitude muito instintiva do ser humano que é a responsabilização do outro pelo próprio problema. O profissional tenta justificar que o seu trabalho não é realizado como a proposta original por fatores que independem dele, que estão fora de seu alcance.

A Política Nacional de Humanização é um dispositivo do SUS para oferecer recursos para desobstruir os entraves nas relações entre profissionais, população e serviço. A PNH ajuda o “enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem

atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais da saúde e dos usuários no cuidado em si”.

A PNH deve perpassar em todas as ações e atividades. A corresponsabilidade, uma de suas estratégias, pretende criar mecanismos para integrar práticas de saúde e experiências do assistido, estimulando desta forma, compromisso entre usuários, profissionais e gestão. Caso este processo ainda não tenha sido iniciado, o profissional de saúde representa o disparador para construir o protagonismo de todos os envolvidos, dentro da estrutura que propõe tais ações.

“As sugestões de uma gestão é importante tanto quanto as sugestões dos profissionais e dos usuários. Aqui temos que ter essa vivência para aprender mais, aqui é uma constante, aqui aprendemos cada dia que passa.” E-3

O SUS organiza a atenção básica segundo seus parâmetros territoriais, determinando critérios e possibilidades para cada território. Ao mesmo tempo, este território ainda não é ocupado pela equipe, no seu cotidiano. Mesmo entendendo que o SUS foi criado a partir de uma decisão coletiva, resultado de uma ampla construção desde a década de sessenta até a década de oitenta, como já foi detalhado no capítulo 2, o fato é que, para quem chega hoje, ele está estruturado de forma vertical.

A PNH surge para colocar essas contradições de forma dialética, na medida em que somente dentro da estrutura dos SUS é possível criar formas de instituí-lo, um sistema que almeja ter a participação social em sua construção dinâmica e contínua, como todo projeto que se pretende democrático. A tarefa da gestão e equipe de saúde é manter com fidelidade os princípios e diretrizes do SUS e inaugurar a interação com a comunidade, entendendo a relação desigual de poder entre usuários e o Sistema.

A diferença de poder entre o SUS e a coletividade se dá na própria estrutura do Sistema que se apresenta como uma organização com preceitos definidos e territórios marcados. Do outro lado, usuários sequer conseguem constituir conselhos comunitários de saúde, que dariam à população espaço e representatividade para unir elementos que estabeleçam debates sobre demandas e prioridades para a população.

A organização da comunidade estaria em busca de alcançar o nível do poder do Estado, que impõe a organização da saúde a partir de três níveis de assistência, incluindo a atenção básica, onde as regras sobre atividades, divisão de áreas, microáreas e atuação dos profissionais são por ele definidas.

A construção da corresponsabilidade estimulada pela equipe no cotidiano de seu trabalho implica sair do lugar de caça aos culpados e ser capaz de ouvir as experiências do usuário e da coletividade, que têm em si elementos fortificantes para se tornarem protagonistas do seu processo saúde-doença-cuidado.

O relato sobre o usuário que dificulta o processo burocrático em relação às fichas porque chega à unidade de saúde sem saber o nome da sua enfermeira denuncia a fragilidade da relação entre equipe e usuário. A questão principal não é o desconhecimento do usuário sobre quem é a enfermeira responsável pela equipe que atua na área de sua residência, mas muito mais como esta enfermeira não aparece como parte do cotidiano daquele lugar, como uma referência de determinada área, de acordo com as propostas da Política Nacional da Atenção Básica, que determina a promoção de ofertas de cuidado e vínculo (BRASIL, 2017).

Gallo (apud Haesbaert, 2015) afirma que o conceito produz um pensamento e este pensamento passa a ser produtor de novos pensamentos e acontecimentos. Transportando para a visão da equipe sobre o que é território no seu cotidiano pode-se conjecturar que o território de que trata o SUS tem dimensões físicas e simbólicas que implicam transformações conceituais que se fazem necessárias por parte dos profissionais.

Um tema bastante recorrente, ainda no campo da corresponsabilidade em saúde trazido pelas equipes refere-se aos seus esforços sobre ações que preparam nas unidades de saúde, mas não há adesão da comunidade. Um exemplo sempre trazido é a proposta de discutir gravidez precoce e métodos contraceptivos. No entanto, quando perguntado sobre a atuação da equipe no Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007), parte dos entrevistados respondem que nunca ouviram falar, não conheciam, disseram que a secretaria já havia proposto uma reunião para falar do assunto e outros afirmaram que já ouviram falar, mas nunca atuaram.

O PSE propõe aproximar a equipe de saúde à comunidade e a escola é um equipamento com alto nível de irradiação, que chega às famílias e comunidade em geral, tratando de dezessete temas, todos com relevância na prevenção de agravos e promoção da saúde: I - avaliação clínica; II - avaliação nutricional; III - promoção da alimentação saudável; IV - avaliação oftalmológica; V - avaliação da saúde e higiene bucal; VI - avaliação auditiva; VII - avaliação psicossocial; VIII - atualização e controle do calendário vacinal; IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências; X - prevenção e redução do consumo do álcool; XI - prevenção do uso de drogas; XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; XIV - educação

permanente em saúde; XV - atividade física e saúde; XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

No entanto, o PSE não é utilizado pelas equipes porque elas desconhecem sua existência e quando o conhecem, é subestimado devido às concepções de saúde que prezam mais as ações ambulatoriais.

“Fizemos alguns eventos **na unidade** sobre droga, prostituição, gravidez na adolescência, mas a grande maioria não quer **vir**. E-4

Se os preceitos da promoção da saúde e prevenção de agravos estivessem internalizados na visão da equipe sobre práticas territoriais, a escola seria um ponto chave para o trabalho da equipe. O PSE não trata apenas da saúde centrada no corpo, mas envolve cidadania e articulação de saberes, em que alunos, pais, professores e sociedade em geral têm a possibilidade de ampliar o entendimento sobre saúde e suas implicações econômicas, ambientais, sociais, culturais.

O PSE e outros equipamentos sociais podem contribuir para o reconhecimento do território a partir do modo de vida dos indivíduos e coletividade que ali vivem, além dos “significados e importância atribuída à situação de saúde, o que implica, necessariamente, ouvi-los” (LIMA, 2016).

“Temos, então, que entender o cotidiano do sujeito a partir das práticas e representações estabelecidas em suas relações com os sujeitos do grupo social mais próximo, a família e de suas redes sociais, construídas por contatos pessoais regulares de amizade, vizinhança e afiliação institucional.” (BALANDIER, 1983, apud, 2016, p. 39-40).

A ocupação do território, além da visita domiciliar, considerada fundamental para o reconhecimento do espaço onde o usuário vive, pode-se dar através dos equipamentos sociais, base física-espacial que a comunidade possui. Espaços públicos, escolas, instituições religiosas, associação de moradores e comunitária são espaços que não podem ser desperdiçados pela equipe como forma de conhecer mais profundamente a dinâmica da comunidade.

Sobre o cotidiano, Santos (2012) fala sobre a importância da proximidade, que se dá dentro de uma definição de distâncias, no convívio da intensidade das inter-relações. Os espaços culturais que a população frequenta e usufrui não são considerados como potencial

da comunidade para maior interação entre profissionais e usuários, partindo da visão de mundo daqueles comunitários.

“[Recursos da comunidade]: Igrejas, centros comunitários e escolas. Duas igrejas abrem as portas: uma Batista e existe uma na comunidade dos sem-terra Che Guevara, só duas. Agora na comunidade existe uma associação de moradores e tem os colégios que eu acredito que a grande massa está nos colégios.”

Os equipamentos sociais existem e são fáceis de serem acessados. Há muita receptividade quando o assunto é saúde e educação. O que falta é uma política de ocupação dos espaços disponíveis e interlocuções com outros setores, pela falta de prática no ambiente externo à unidade básica.

“Hoje nós temos um campus de saúde em Lagarto, temos uma mão de obra a ser explorada que é o campus da saúde, juntamente com vocês profissionais docentes e os discentes, têm que interagir. Lagarto ainda não acordou. Quando falo de Lagarto, é a própria sociedade.” E-7

O modelo Cidades Saudáveis proposto pela OMS parte da constatação de que qualidade de vida está diretamente associada a um conjunto de fatores influenciados por determinantes ambientais e sociais e propõe ações locais, intersetoriais, com base na promoção da saúde. No campo da saúde, esse novo desafio retira o foco do tratamento da doença e enfatiza a produção social da saúde, utilizando-se de todo o potencial da comunidade local, municipal e outras esferas.

Portanto, a familiarização da equipe de saúde com o território e a parceria com a comunidade, no contexto da vida diária, tornam-se uma necessidade urgente para avançar nas ações conjuntas, que sem elas são impossíveis as transformações desejadas. É preciso incluir na prática cotidiana novos elementos, a fim de que se possa definitivamente construir estratégias para a saúde.

6- DETERMINANTES AMBIENTAIS: UM DESAFIO OU UM DILEMA?

“O grande desafio da luta pela saúde e pelo ambiente, assim como do impulso de um trabalho acadêmico consciente para as próximas décadas será, de um lado: compreender a profunda interdependência que existe entre as conquistas sociais, sanitárias e ambientais; do outro, relacionar essas urgências da justiça social-sanitária-ambiental em nível local-nacional, com respeito às que confrontamos os seres humanos na escala da natureza”. (MIRANDA et al., 2011)

Como dito em capítulo anterior, além dos determinantes fixos e biológicos, os determinantes ambientais provocam doenças infecciosas e tóxicas, transmitidas por alterações climáticas; agentes físicos e químicos; pelo ar, água, terra e alimentos. Juntamente aos determinantes sociais: estrato social, desemprego, pobreza, violência, exclusão social, educação, serviços sociais e lazer, formam um conjunto que atinge diretamente a qualidade de vida das pessoas. Este trabalho dedicou-se aos determinantes ambientais, porém com a certeza de que todos os determinantes se apresentam entrelaçados, uns influenciando outros.

A evolução da ciência sobre meio ambiente, transformações climáticas e alterações antrópicas nos últimos dois séculos são insuficientes para mudança de comportamento do homem. O Capital tem mais poder que o conhecimento científico e por isso dita a forma de lidar com o meio ambiente e como cada grupo da população vive com suas causas e consequências. Portanto, é a política o maior determinante dos determinantes ambientais da saúde (propositadamente). E por isso também, países com políticas diferentes apresentam diferentes níveis de manifestação de doenças.

A ciência e a tecnologia têm se comportado resignadas com a incapacidade de protegerem os seres humanos (MONTEIRO, 2014). Um aspecto refere-se à perda de status da ciência como conhecimento imprescindível desde a década de setenta do século passado, quando o neoliberalismo se apresentou com força, preceituando a mercantilização de todos os bens, incluindo a ciência, operacionalizada pela pesquisa. Ou pelo menos aquela pesquisa que não se relacione com o inovacionismo, que significa efetivamente invenção de novos produtos de consumo ou economia de custos, com caráter explícito comercial (OLIVEIRA, 2011).

Não é falta de conhecimento ou tecnologia, portanto, que impede a efetivação do saneamento básico, uma das formas mais efetivas de se eliminar alguns tipos de doenças que vergonhosamente ainda matam no Brasil. Os fatores que determinam a irrelevância do tema relacionam-se à visão do Estado e da classe que domina a política – e domina o Estado - e da

própria sociedade, conforme sua organização e empoderamento, sobre as condições de vida que as pessoas merecem, precisam ou devem ter.

Os princípios éticos, filosóficos, culturais, de solidariedade, de omissão e participação política norteiam as práticas que definem uma nação que aceita ser a 8ª potência no *ranking* mundial em produção de renda e simultaneamente, 79ª colocação mundial em desigualdade social. Na América, é mais desigual que o Equador, Peru e Jamaica.

Uma renda tão mal distribuída que tem como consequência os absurdos nacionais, cuja privação de direitos básicos como o saneamento perpetua-se há séculos e segue paralelo a uma sociedade, em que a parcela de 10% mais rica detém 43% da renda nacional (IBGE, 2018).

A falta de organização da população, juntamente aos princípios liberais da política conduzem pacificamente a privação de direitos que poderia ser nomeada de banalidade da desigualdade, remetendo-se à teoria de Hanna Arendt sobre a banalidade do mal. Parte da falta de participação ativa dos profissionais da saúde sobre os fatores que determinam as doenças ambientais tem raízes em suas concepções sobre população pobre, como uns indivíduos vivem de uma maneira e outros vivem de forma distinta, uns com direitos e outros sem direitos, dentro de uma perspectiva histórica de normalidade porque o mundo sempre foi desigual.

Doenças ambientais, dentre tantas outras, são geradas na grande maioria devido à busca ininterrupta de um lucro sem nenhum escrúpulo, sem base ética de respeito mínimo às necessidades humanas. E as consequências destas doenças, ao mesmo tempo, geram lucros para as indústrias farmacêutica e de aparelhos sofisticados para doenças que exigem alto nível de tecnologia. A proposta do mercado que circula bilhões de dólares é oferecer remédio para os males, que aliás, pela própria palavra é para remediar e não para curar, juntamente aos equipamentos milionários.

No Brasil, por outro lado, encontram-se aqueles que lutaram e continuam incessantemente na luta pela atenção à saúde integral, de qualidade e gratuita. Os determinantes ambientais são o centro desse dilema, pois os fatores como distribuição espacial da pobreza, modelos de habitação, tratamento de água, esgoto e resíduos sólidos estão além do campo da saúde, propriamente dita. E nessa encruzilhada, relacionadas ao meio ambiente, 1/4 de todas as mortes que ocorrem no mundo atinge crianças e adolescentes até quinze anos de idade (SOUZA et al, 2015).

A lei brasileira 11.407/2007 define saneamento básico como o conjunto dos serviços, infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejo de resíduos sólidos e de águas pluviais (BRASIL, 2007).

Os autores (SOUZA et al, 2015)) acrescentam que em 2013, o acesso ao saneamento no Brasil atingia 51% daqueles com renda familiar menor que meio salário mínimo e os que recebiam mais de dois salários mínimos chegavam aos 83% de saneamento adequado. Podem ser vistas também as distinções regionais, em que a região Norte, 30,5% da população tinha saneamento adequado e a região Sudeste se encontrava perto de 100%, conforme o IBGE.

Como pode ser visto, o mapa da distribuição espacial da pobreza reflete-se também na subjetividade administrativa, em que o próprio governo investe, de acordo com a convicção de que uma parcela da população ou uma região pode adoecer e morrer, e onde isso não deve acontecer.

Lagarto apresenta apenas 28% de domicílios com esgotamento sanitário adequado e 10,2% das vias públicas com bueiros, calçadas, pavimentação e meio fio (IBGE, 2016). A ampliação do programa de saneamento reafirmado desde 2015 pretende cobrir 95% dos domicílios da área central do município. Os povoados mais distantes convivem com as ruas sem pavimentação, empoeiramento constante e os valões de esgoto a céu aberto. O cenário vai piorando, à medida que os lugares ficam mais afastados da sede. Portanto, a distribuição do serviço também é desigual, segregando as pessoas, ainda que vivam no mesmo município.

As doenças infecciosas e parasitárias são alarmantes no município. A análise histórica dos prontuários mostrou como a falta de tratamento da água, rede de esgoto e resíduos sólidos vêm de longo período.

Figura 23 – Tipo de abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de resíduos sólidos – evolução 1991-2000

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água		
Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	47,1	55,5
Poço ou nascente (na propriedade)	26,7	19,8
Outra forma	26,2	24,7
Fonte: IBGE/Censos Demográficos		
Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária		
Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	-	6,6
Fossa séptica	3,3	1,2
Fossa rudimentar	73,1	81,5
Vala	1,5	0,8
Rio, lago ou mar	-	0,0
Outro escoadouro	0,2	0,8
Não sabe o tipo de escoadouro	0,1	-
Não tem instalação sanitária	21,9	9,2
Fonte: IBGE/Censos Demográficos		
Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo		
Coleta de lixo	1991	2000
Coletado	38,0	56,8
Queimado (na propriedade)	10,4	21,3
Enterrado (na propriedade)	1,1	1,7
Jogado	13,4	18,5
Outro destino	37,1	1,7
Fonte: IBGE/Censos Demográficos		

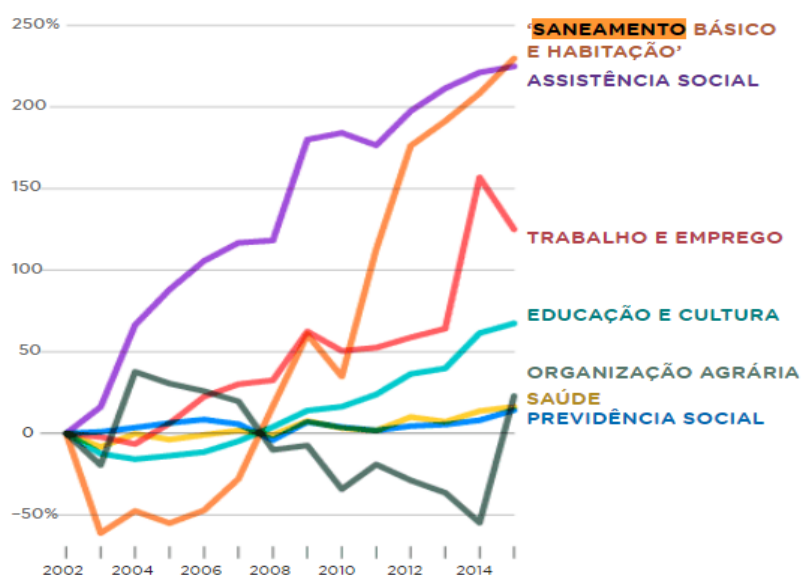
Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

No entanto, apesar de todos os problemas que vêm de muitas décadas – ou séculos – houve investimento em saneamento básico de mais de 200%, não só em Lagarto, mas como em todo território nacional, comparando-se os anos 2002 a 2015, conforme gráfico abaixo (BRASIL/SIAFI, 2016a).

Vale ressaltar que todos os setores tiveram seus orçamentos, em algum momento, diminuídos em relação ao ano anterior, com exceção do saneamento que se apresentou crescente, desde 2002 até 2014.

Isso demonstra que o governo investiu no saneamento básico com a perspectiva de que sua efetivação tivesse resultado direto na diminuição da desigualdade social.

Figura 24 – Variação dos gastos sociais em termos absolutos, por tipo
Crescimento em termos reais em relação a 2002



Fonte: BRASIL/SIAFI/NEXO, 2016

Lagarto foi contemplado pelo programa e obteve os valores, conforme abaixo:

Tabela 06 – Transferências da União para Lagarto (SE) – Saneamento Básico

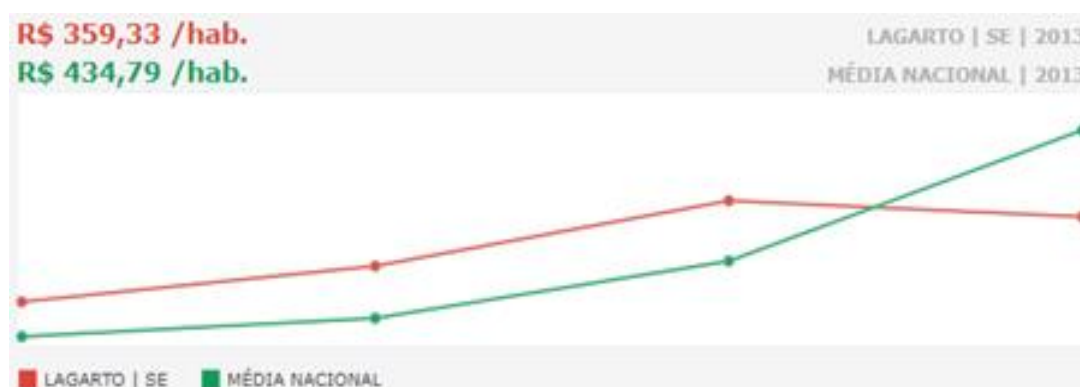
Ano	Lagarto - SE
2013	R\$ 36.052.058,06
2012	R\$ 36.056.281,39
2011	R\$ 30.297.971,97
2010	R\$ 27.051.615,11

Fonte: Plataforma de Indicadores do Governo Federal/Transferências totais da União para municípios,

2014

Ainda que a verba tenha sido abaixo da média nacional per capita, Lagarto recebeu significativo valor para o início de um projeto que demanda ainda chegar aos povoados. E por isso, é necessária a mobilização dos profissionais da saúde, gestão e população em geral

Figura 25 – Transferências da União para Lagarto per capita



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde/DATASUS/Dados da população, 2014

O investimento em saneamento básico teve resultado positivo em relação à mortalidade infantil que diminuiu de 23 casos em 2008 para 13, em 2013.

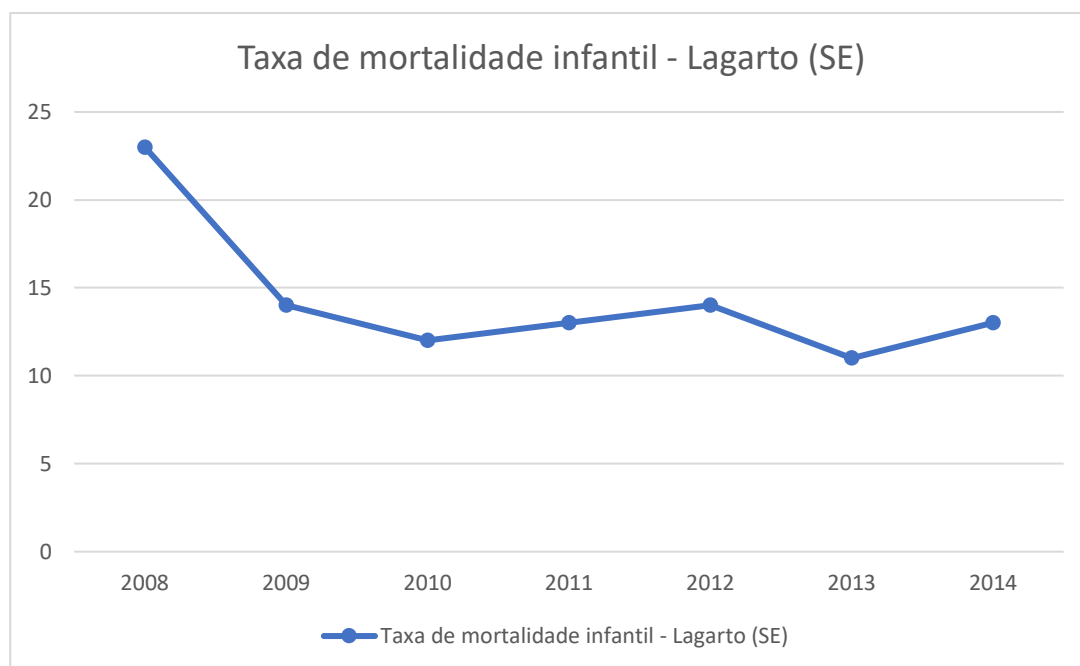
A mortalidade infantil, crianças que vão a óbito antes de um ano de vida, revela o nível de desenvolvimento traduzido no IDH. As condições ambientais: falta de pavimentação, esgoto, água tratada e tipo de moradia, em que as crianças nascem e vivem elevam o índice de mortalidade, que tem relação com a expectativa de vida da população.

Embora os gráficos a seguir mostrem uma progressão otimista, o Brasil ainda se encontra atrás de países desenvolvidos como Noruega, Suécia e Canadá e também de países com menos desenvolvimento como Coreia do Sul, Tailândia, além dos latinos Argentina, Chile, Costa Rica e Cuba.

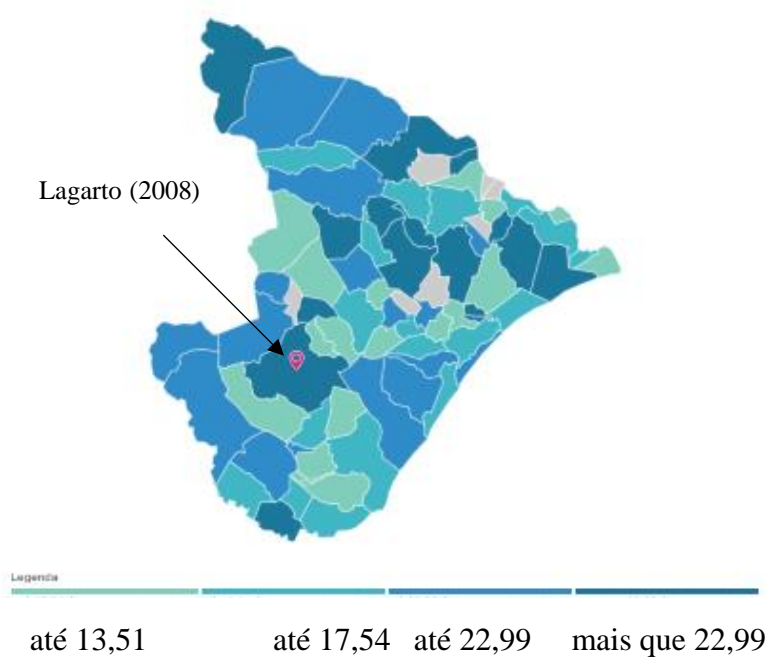
E Lagarto, que em 2008 apresentava um número de 23 mortes para cada 1.000 crianças nascidas vivas; em 2014, diminuiu para 13 em cada 1.000, conforme os gráficos nº 15 e nº 16.

Figura 26 – Taxa de mortalidade infantil – Lagarto (SE)

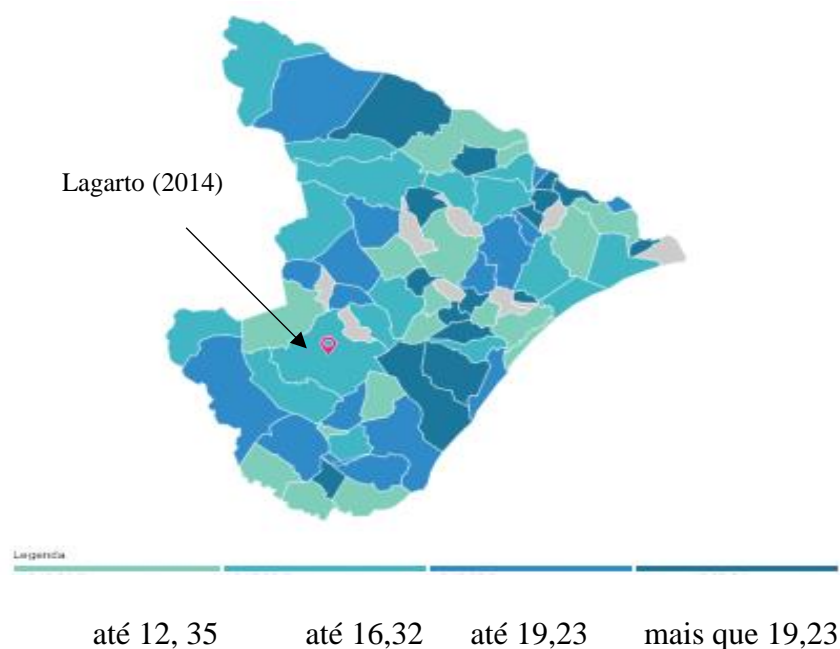
(Unidade: óbitos por mil nascidos vivos)



Fonte: IBGE, 2017

Figura 27 – Mortalidade infantil em Lagarto (SE) – 2008

Fonte: IBGE, 2016

Figura 28 – Mortalidade infantil em Lagarto (SE) - 2014

Fonte: IBGE, 2016

Considerando todos os avanços alcançados com as medidas que resultaram em algumas melhoras como demonstram os gráficos antecedentes, os prontuários e as entrevistas mostraram o olhar da biomedicina pelos médicos, distante da realidade em que aquelas pessoas vivem. E não só os médicos, mas, às vezes, toda a equipe.

São muitos os elementos que envolvem uma ação de saúde, incluindo a subjetividade do profissional, usuário e gestão, onde cada um constrói uma forma de interpretar a realidade. São constituições marcantes que se internalizam através de um processo socio-histórico, traduzido diante de uma relação de poder, em um lugar, com determinada condição e hierarquia, mesmo que subliminar ou inconscientemente.

Os profissionais chegam ao seu local de trabalho com uma visão de mundo, que muitas vezes não incorporam o componente ambiental às doenças visíveis, mesmo já existindo um arcabouço teórico, que expresse sua relevância no cotidiano da saúde. Duas questões ajudam a refletir sobre o assunto: políticas públicas de saúde e princípios de universalidade são fundamentais para os profissionais da saúde pública? Toda a população deve ter acesso a todos os tipos de direitos em relação à saúde?

Para ampliar a discussão sobre os determinantes ambientais da saúde frente à atuação da equipe de saúde, a pesquisa foi sistematizada a partir da metodologia Análise de Conteúdo, com a criação de unidades de análise e categorias, a partir da objetividade (análise das falas e descrição dos prontuários) e a profundidade da subjetividade (interpretação do pesquisador e estruturação direcionada ao seu interesse), pois deve-se estar atento a todos os dados, conforme abaixo:

- 1- Prescrição de medicação e exames
- 2- Formação do profissional de saúde no modelo biomédico
- 3- Doenças das vias respiratórias, parasitárias, tosse, alergia, queixas secundárias, (Doenças ambientais)
- 4- Orientações dos profissionais
- 5- Planejamento de ação continuada com base na realidade e vivência da população, incluindo o território
- 6- A relação da equipe com a Secretaria Municipal de Saúde, outros órgãos da Saúde e outros setores que interferem na saúde (Intersetorialidade).

Quadro 01 – Unidades de análise / Categorias / Prontuários analisados

UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIAS
Acometimentos/Doenças <ol style="list-style-type: none"> 1. Vias respiratórias 2. Parasitárias 3. Tosse 4. Alergias 5. Queixas secundárias recorrentes 6. Tipo de moradia 7. Alterações climáticas 	1-Distribuição espacial das doenças determinadas pelo ambiente
Prescrições/Formação <ol style="list-style-type: none"> 1- Medicação 2- Exames 3- Formação acadêmica/processo de Trabalho 	2-Concepção biomédica da saúde
Integralidade <ol style="list-style-type: none"> 1- Orientações sobre tratamento da Água, alimento, resíduos sólidos e cuidados com esgotamento sanitário 2- Visita domiciliar 3- Uso dos equipamentos sociais 4- Planejamento de ação continuada com base na realidade e vivência da população, incluindo território 5- Relação da saúde com outros setores Educação permanente	3-Concepção holística de saúde

Na categoria Distribuição Espacial das Doenças Determinadas pelo Ambiente, acometimentos/Doenças: Vias respiratórias, parasitárias, tosse, alergias, queixas secundárias recorrentes (determinantes ambientais), tipo de moradia e alterações climáticas são as mais expressivas. No entanto, há outras complicações resultantes dos determinantes ambientais.

Os registros mostram a recorrência das queixas associadas aos determinantes ambientais. Alguns deles apontam quatro, cinco idas ao consultório, por exemplo com a queixa de diarreia, como um prontuário que mostrava seis consultas em um prazo de oito meses com as mesmas características. As medidas foram: solicitação de exames e prescrição de medicamento para o sintoma.

Os prontuários são registros da situação de saúde, não só do indivíduo, mas também revela a saúde do território, que devem ser instrumento para futuros trabalhos, de acordo com a demanda. Na entrevista, foi questionado se havia uma discussão da equipe semanal ou mensal sobre os registros dos prontuários e a resposta foi:

“Eu faço uma pergunta antes: nesses prontuários, que encontram tantos casos de diarreia, quais são as condições de moradia dessa pessoa, não no domicílio, mas no entorno, quais as condições? São lugares abandonados pelos gestores.” E-1

Esta resposta reforça a concepção de que o território não tem espaço na consulta médica.

Reforçando que a intenção desta pesquisa foi analisar como a equipe trabalha os determinantes ambientais da saúde em Lagarto, quais os tipos de adoecimento mais frequentes, com intuito de propor uma solução – ou minimização – sobre a negligência a esses elementos que têm impactado na saúde da população, não poupando nenhuma faixa etária.

Quando se obtém a resposta acima, fica mais clara a necessidade de compreensão por parte da equipe que os fatores do ambiente em que a população vive fazem parte da reflexão e ação da equipe de saúde da família.

O território por si só já indicaria a maior parte do trabalho da equipe, dentro da perspectiva filosófica e operacional do sistema vigente de saúde, o SUS.

“Trabalhei numa comunidade semelhante à daqui [referindo-se a Cuba]. Só que trabalhamos em cima dos determinantes de saúde para melhorar a qualidade de vida do paciente, começando pela promoção e prevenção das doenças. Assim se baseia o programa de atenção primária à saúde, que é prevenir e promover a saúde. Traçamos planos de ações, tipo: quais são os determinantes de saúde que afetam, que problemas de saúde apresentam essa comunidade. Sobre esses problemas se traçam ações.” Yumisleydis Perez, médica do Programa Mais Médico (2016-2018). E-11

Essa fala revela como é a lógica da assistência em Cuba, um dos países que serviram de modelo para o Brasil implantar o PSF. Com atenção especial à promoção da saúde e prevenção de agravos, analisam-se os determinantes que estão causando algum problema de saúde. As doenças ambientais – doenças evitáveis.

Os determinantes ambientais – qualidade do ar, água, terra, agentes físicos e químicos, alterações climáticas – fazem parte e estão associados diretamente a outros determinantes que George (2011, apud CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017) classifica em categorias: determinantes fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); determinantes sociais (estrato social, emprego, pobreza, exclusão social); estilo de vida (tabaco, atividade física, álcool) ; e acesso aos serviços: educação, saúde, serviços sociais, transporte e lazer.

As condições econômicas e sociais influenciam na saúde das pessoas. Ratificando as considerações de George (2011), a maior parte das doenças e iniquidades são determinadas pelo lugar onde as pessoas nascem e vivem (a maioria da população brasileira não escolhe onde morar), ao que Carvalho (2013) dá o nome de determinantes sociais da saúde.

As principais causas da deterioração ambiental são determinadas pelas desigualdades sociais, econômicas e tecnológicas, que podem ser superadas, à medida que seja possível um novo modelo de convívio, baseado em sociedades mais justas e solidárias (PERIAGO, 2011).

“O contexto cultural, o contexto de informação é muito novo. É significativa a vinda de vocês para a cidade [instalação do campus da UFS em Lagarto] e nós vamos aprender muito. Eu tive a oportunidade de participar de um evento que você participou, foi muito importante. Teve uma melhora muito grande no Sistema de Saúde. Existem muitas falhas ainda, mas essas transformações são constantes. Quando o atual prefeito assumiu tinha 18 profissionais para essa unidade, hoje tem 43 profissionais no atendimento especializado, aumentou mais de 100%. Esse posto tem mais de quatro anos que está inativado e agora vai reativar, então isso é um trabalho voltado para o crescimento e o interesse da coletividade.” E-7

Há uma expectativa de que a chegada de um campus universitário melhora a dinâmica da cidade no âmbito da saúde. A universidade deve fazer parte da construção de uma sociedade menos desigual, contribuindo com ações globais e locais, priorizando a promoção da saúde e cidadania com informações que suscitem reflexões que tragam os determinantes ambientais da saúde para a consciência sobre como esses fatores podem ser evitados, por que eles existem e por que inexistem em outros lugares.

A geografia estuda a espacialidade dos fenômenos e a geografia da saúde estuda a espacialização do processo saúde-doença-cuidado. A reorganização do território a partir do PSF inclui a ampliação de reformas, que vão muito além do âmbito da saúde. E a universidade deve contribuir para que as soluções de saúde se efetivem na prática, observando os dados do município.

Segundo o DATASUS, em 2009, as internações em Lagarto relativas aos determinantes ambientais somavam mais de 9,1%, pois além das doenças infecciosas e parasitárias, incluem-se alguns tipos de doenças respiratórias e do aparelho digestivo. Chama a atenção sua equiparação com doenças do aparelho circulatório (10,5%), pois em princípio deveria ter um índice muito maior, visto que é a doença que mais mata no mundo (SOARES et al., 2018).

Tabela 07 – Distribuição percentual das internações por grupo de causas
em Lagarto – 2009

Capítulo CID		Total
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9,1
II.	Neoplasias (tumores)	3,1
III.	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1,5
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7,6
V.	Transtornos mentais e comportamentais	1,1
VI.	Doenças do sistema nervoso	0,5
VII.	Doenças do olho e anexos	0,1
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,0
IX.	Doenças do aparelho circulatório	10,5
X.	Doenças do aparelho respiratório	12,5
XI.	Doenças do aparelho digestivo	10,1
XII.	Doenças da pele e do tecido Subcutâneo	0,5
XIII.	Doenças sist. Osteomuscular e tec conjuntivo	0,8
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	5,6
XV.	Gravidez parto e puerpério	28,5
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	0,7
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,5
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clín. e laborat	0,6
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	4,4
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	-
XXI.	Contatos com serviço de saúde	2,3
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido		-
Total		100,0

Fonte: SIH/SUS, Situação da base de dados nacional em 03.05.2010.

Em alguns países, as internações por doenças infecciosas, parasitárias e alguns tipos de doenças respiratórias (associadas aos determinantes ambientais) não chegam a 1%. No Brasil, existem discrepâncias entre municípios, principalmente entre os grupos distintos da região norte e nordeste, comparados aos grupos do sul e sudeste.

Pirassununga, um dos municípios com maior IDH da região sudeste apresenta um percentual de 1,9% (infecciosas e parasitárias). Isso demonstra que os problemas são evitáveis, dependendo da organização das equipes, da administração pública e do empoderamento da população em geral.

Na prática, o que acontece é a falta de um padrão a ser seguido nas ações. Não se propõe aqui engessar o sistema, pois cada território tem suas peculiaridade e dinâmica própria. Mas de uma certa maneira, o SUS fica à mercê da competência e decisão política de cada município e dos profissionais. E por isso deixa de ser um sistema no sentido de organização com direção, orientações políticas e técnicas sistematizadas que se igualem nos resultados. Os investimentos distribuídos para a saúde diferem de região para região, conforme a força política local ou regional.

Um componente da equipe relata que já participou de algumas atividades voltadas para a realidade específica de muitos territórios no passado. Sua fala traz sempre um componente saudoso, como se não fosse possível realizá-las no presente. Ou como se pudesse ser uma escolha pessoal. No passado ele quis realizar, mas atualmente não se sente mobilizado, está acomodado e por isso não fará.

Falta iniciativa da equipe mesmo [Passar de uma medicina curativa para uma promotora de saúde]. A gente quando vê as dificuldades começa a se acomodar um pouco, até porque todos nós temos outras atividades também, porque se não financeiramente você não consegue sobreviver.” E-8

E dessa forma, os índices vão tomando rumos distintos. Não tem relação com o querer fazer e não ter condição de fazer. O que determina o desenvolvimento do SUS tem caráter privado, de acordo com desejo e disposição pessoais.

Tabela 08 – Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária em Pirassununga – 2009

Capítulo CID		Total
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1,9
II.	Neoplasias (tumores)	7,1
III.	Doenças do sangue e dos órgãos Hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0,7
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,8
V.	Transtornos mentais e comportamentais	5,5
VI.	Doenças do sistema nervoso	1,2
VII.	Doenças do olho e anexos	0,1
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,3
IX.	Doenças do aparelho circulatório	14,7
X.	Doenças do aparelho respiratório	9,9
XI.	Doenças do aparelho digestivo	8,5
XII.	Doenças da pele e do tecido Subcutâneo	1,0
XIII.	Doenças sist. Osteomuscular e tecido conjuntivo	1,3
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	7,0
XV.	Gravidez parto e puerpério	20,1
XVI.	Algumas afecções originadas no período perinatal	1,4
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,4
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clín. e laborat	1,9
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	13,8
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	-
XXI.	Contatos com serviço de saúde	1,5
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido		-
Total		100,0

Fonte: DATASUS/SIH/SUS, Situação da base de dados nacional em 03.05.2010.

Foi solicitado ao DATASUS uma tabela mais atualizada, sem sucesso. De qualquer forma, os dados acima confirmam as queixas constatadas nesta pesquisa, incluindo os típicos exames referentes a sintomas de doenças ambientais.

Sobre a distribuição espacial dos determinantes ambientais foram encontrados nos prontuários da pesquisa:

- a) Mais de 40% das queixas estão relacionadas aos determinantes ambientais da saúde;
- b) Queixas recorrentes, do mesmo usuário, associadas aos determinantes ambientais;
- c) Queixas principais referentes aos determinantes ambientais se repetem nas áreas estudadas;
- d) Foram analisadas as fichas de todos os moradores das microáreas estudadas. Alguns sintomas são os mesmos. Foi perguntado sobre os procedimentos adotados pela equipe quando a queixa era recorrente, na mesma área. A resposta foi que não há relação dos prontuários com a programação em áreas específicas;
- e) Há relatos de usuários nas consultas não considerados queixa principal, mas que se repetem em grande número de prontuários. Embora o motivo da consulta seja outra questão específica, as queixas secundárias traziam componentes do ambiente.

Fica claro que os prontuários não são sistematicamente analisados. Os exames repetidamente solicitados referentes às doenças ambientais não têm nenhuma relevância na atuação da equipe, como programação em uma agenda destinada aos registros que mostram insuficiência de resultado a partir apenas de medicação.

“Outra criança com o mesmo problema, diarreia... já teve mais casos.. a enfermeira disse: é o terceiro. Então eu acredito que a equipe como viu que esse é o terceiro já vai fazer uma busca ativa na área pra ver se é da água, o que está acontecendo.” E-6

A agente de saúde afirma que falta a discussão da equipe sobre os DAS e é interessante quando de alguma forma ela se coloca fora da equipe. Como se outro ou outros profissionais fossem o centro da equipe. E de certa maneira, são os médicos e enfermeiras que ditam o que vai ser trabalhado.

“A maioria toma água da torneira mesmo, da Deso. Essa água não é de qualidade para ser consumida, tem que ser fervida ou filtrada... Não há trabalho feito pela equipe sobre o assunto, esse trabalho é feito por nós mesmos, agentes de saúde.” E-2

Ela ainda acrescenta que sobre outros problemas do território, também não há um planejamento nem no âmbito da saúde, nem com outros setores responsáveis por ações que influenciam a qualidade de vida da população, como por exemplo, a questão do saneamento.

O ambiente passa a ser um agravante para as questões que são inerentes à vida das pessoas, com um tom de normalidade e inexorabilidade, já discutido em outros capítulos. Ser pobre e não ter higiene pessoal é um elemento da subjetividade de parte dos profissionais. Aliás, não só dos profissionais da saúde. A higiene é tratada como tema da vida privada e que por isso não é parte do processo de educação em saúde, tarefa da equipe de saúde.

O agente de saúde vive naquele lugar, mas incorpora no próprio discurso a relação da higiene com a pobreza, além da responsabilização da doença ser atribuída às pessoas e não as condições ambientais a que elas estão submetidas.

“Influencia sim [esgoto a céu aberto], porque tem pernilongos, ratos, baratas, insetos, a pessoa já não tem higiene, passando a ser um agravante.” E-2

A prevenção é um dos principais desafios do SUS. É necessária a continuidade das ações para diminuir os agravos ou seja capaz de impedir o adoecimento da população e ainda controlar as doenças crônicas. Muitas vezes, as realizações no território são contadas como casos isolados, que aconteceram em determinadas condições e não necessariamente seja um trabalho contínuo. Mas nesses relatos, de alguma forma, em algum nível, há uma compreensão de que a saúde não se resume ao consultório.

“Há quatro anos, quando a gente assumiu aqui, primeiro conseguimos detectar crianças de baixo peso. No Jardim Campo Novo e Albano, nós pegamos 138 crianças de baixo peso. E aí foi desesperador para uma equipe nova, a gente foi ver o que poderia ser feito. Corremos atrás, começamos a fazer, não sei se vocês conhecem, multimistura, aquele farelo... Trouxemos a equipe para cá, fizemos aqui. Quando eu entreguei isso daqui, nós só deixamos 22 crianças de baixo peso. Isso foi uma vitória pra a gente.” E-6

As queixas registradas no prontuário são descritas nas tabelas a seguir e apontam o grande número de doenças parasitárias, respiratórias, dérmicas, dengue e outras, associadas ao meio ambiente. Esta pesquisa confirma os resultados apresentados na tabela anterior, sobre distribuição percentual das internações em Lagarto sobre doenças parasitárias.

O total dessas doenças e outras associadas ao meio ambiente é numericamente mais que o dobro da soma das doenças cardiovasculares – principal causa de morte no mundo. Isto propõe uma reflexão muito séria sobre como o Brasil, no século XXI, não oferece direitos minimamente básicos à população.

E ainda, a iniquidade dentro do território nacional mostra que algumas regiões são muito menos atendidas que outras. Esse caráter desigual ratifica a classe social como um indicador do perfil de uma doença que atinge um segmento social e dificilmente atingirá o outro. Entre a indignação e a solicitude é necessário que os pesquisadores sejam capazes de decifrar o que esses dados revelam de forma tão transparentes.

As mortes evitáveis estão em geral associadas à situação socioeconômica dos indivíduos. Portanto, é inútil imaginar que seja possível alterar a realidade do país sem relacionar saúde à política.

As alterações climáticas sempre existiram, mas o último século foi marcado pela aceleração desse processo, iniciado de forma enfática na época da Revolução Industrial, quando a quantidade de gases aumentou brutalmente na atmosfera, dentre outros fatores que contribuíram e continuam contribuindo com a degradação ambiental. Agrotóxicos, emissão de gases e desmatamento, por exemplo, provocam alterações que imediatamente afetam a saúde humana.

No entanto, países com maior infraestrutura e mesmos problemas dessa natureza têm criado alternativas para impedir maiores prejuízos, como tipo de habitação e saneamento básico, capazes de reduzir sensivelmente as consequências das alterações climáticas, como acontece em períodos de grandes enchentes, que levam o lixo nas enxurradas e a poluição afeta a saúde da população.

Considerando a primeira categoria da tabela abaixo, é possível verificar que as queixas do *digestivo/parasitárias* alcançam 252 registros associados ao meio ambiente. Se somados alguns casos, classificados como *outros*, ainda dentro da categoria acima citada, pode-se chegar a mais de 300 queixas relacionadas de alguma forma às doenças parasitárias. E se forem acrescentadas as categorias *respiratória* (tosse, amigdalite, bronquite, falta de ar) e *tegumentar* (micose, escabiose), é possível atingir mais de 500 casos associados às questões ambientais.

Portanto, as queixas que têm origem nos determinantes ambientais chegam a mais de 40% do total das queixas registradas no prontuário. E vale reforçar que as outras queixas catalogadas vão desde a saúde mental até problemas esqueléticos, passando por consultas sobre gravidez. Assim sendo, a relação aqui tratada das doenças ambientais com as restantes inclui todas as queixas que chegam ao ambulatório, em total abrangência.

Esses dados acabam perdidos se pensado o SUS como uma proposta de interação dos conhecimentos de cada profissional, à medida que a equipe não tem práticas de grupo em que os números possam ser trabalhados numa perspectiva de promoção da saúde ou prevenção de agravos.

Este levantamento constata o que era, no início da pesquisa, apenas hipóteses. A equipe não domina informações sobre os usuários que, em princípio, fazem parte de sua área e por isso mesmo deveriam ter conhecimento sobre o estado de saúde de seus adscritos.

Tabela 09 – Soma das queixas registradas nos prontuários das duas unidades de saúde –
Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima e
Centro de Saúde Maria do Carmo Alves

QUEIXAS/ SISTEMAS	DOENÇAS/ ACOMETIMENTO	FREQUÊNCIA	TOTAL
1- DIGESTIVO/PARASITÁRIAS			
	Entamoeba Histolytica	29	
	Ascaris lumbricoides	119	
	Diarreia	58	
	Giárdia	15	
	Trichuris trichiuria	4	
	Escherichia Coli	33	
	Entamoeba nana	11	
	Ancylostoma	17	
	Esquistossomose	4	
			252
1.2- OUTRAS			
	Esofagite	1	
	Dor em região hipogástrica	2	
	Constipação	7	
	Gastrite crônica	4	
	Gengivite	1	
	Pirose	1	
	Dor abdominal	24	
	Epigastria	33	
	Falta de apetite	6	
	Náuseas	18	
	Prisão de ventre	1	
	Vômitos	25	
	Disfagia	2	
			163

2- RESPIRATÓRIO	Tosse	102	
	Secreção nasal	14	
	Sangramento nasal	2	
	Dpoc	3	
	Amigdalite	3	
	Pneumonia	1	
	Sinusite	3	
	Alergia	5	
	Tuberculose	6	
	Dor de garganta	11	
	Broncopneumonia	3	
	Bronquite aguda	14	
	Gripe	24	
	Falta de ar	22	
	Asma	2	
			215
3- TEGUMENTAR PARASITÁRIA	Escabiose	13	
	Lesões na cabeça	14	
	Alopecia	3	
	Piodermite	1	
	Prurido	10	
	Micose	16	
			57
3.1- TEGUMENTAR OUTRAS	Dermatite seborreica	4	
	Lesões eritematosas	8	
	Lesões de pele	19	
	Prurido s/confirmação de parasita	9	
	Dermatite de contato	1	
	Erisipela	12	
	Coceira na pele	1	
	Prurido em mãos	5	
	Lesões exantemáticas	2	
	Mancha hipocrômica	5	
	Impetigo	3	
			69

4- ESQUELÉTICO/MUSCULAR	DOR EM REGIÃO escapular	1	
	Dores ósseas	5	
	Tórax deformado	1	
	Dores nas articulações	11	
	Dor em braço	5	
	Artrose	1	
	Dor lombar	16	
	Edema em mmii	6	
	Esporão calcâneo	3	
	Mialgia	8	
	Dor nas pernas	7	
			64
5-CARDIOVASCULAR	Dor torácica	12	
	Colesterol alto	12	
	Angiopatia	3	
	Distúrbios de cond.	25	
	Repolarização vent.	4	
	Hipertensão arterial	149	
			205
6- NERVOSO/SENSORIAL	Hanseníase	9	
	Diminuição de equilíbrio	1	
	Tontura	24	
	Dificuldade de locomoção	1	
	Parkinson	2	
	Fraqueza	3	
	Desmaio	1	
	Desorientação tempo/ espaço	1	
	Cefaleia	62	
	Crises tônico generalizadas	1	
	Hidrocefalia	1	
	Convulsões	1	
	Paralisia cerebral	12	
	Expressividade comprometida	3	
			122
7- ENDÓCRINO	Tireoidite	4	
	Diabetes	103	
			107
8- EXCRETOR/URINÁRIO	Disúria s/relação reprodutiva	7	
	Varicocele	1	
	Massa em escroto	1	
	Infecção urinária	11	
	Glomerulonefrite	1	
	Hérnia escrotal	1	
	Hiperplasia prostática	4	
			26

9- REPRODUTOR	Prurido vaginal	23	
	Leucorreia	57	
	Prurido	12	
	Dispaurenia	9	
	Ardor ao urinar	23	
	Ovários policísticos	2	
	Colo friável	11	
	Lesões de hpv	7	
	Endometriose	1	
	Vaginose bacteriana	6	
	Gravidez	13	
	Mioma	2	
	Edema escrotal	1	
	Corrimento	32	
	Papulas na região genital	2	
	Sífilis	16	
	Gonorréia	3	
	Gardenella	16	
	Candida	9	
	Condiloma	2	
	Algia em bv	27	
	Fibromiomatose uterina	1	
	Aborto espontâneo	3	
	Sangramento durante ato sexual	16	
			305
10- IMUNOLÓGICO/LINFÁTICO	Febre	65	
	Anemia	13	
	Linfoma	1	
	Infecção secundária	6	
			85

OUTROS	Dengue	2	
	Dor no joelho- acidente	7	
	Queimadura na pele	2	
	Otite	2	
	Estresse	1	
	Cisto-pubis	1	
	Depressão	4	
	Traumatismo	4	
	Febre reumática	2	
	Neoplasia em boca	1	
	Fratura arma de fogo crânio	1	
	Visita puerperal	1	
	Litíase vesicular	3	
	Esteatose hepática	1	
	Feridas infectadas	4	
	Veias varicosas	1	
	Ansiedade	40	
	Picada de inseto	1	
	Ascite	2	
	Litíase renal	1	
	Dor periumbilical	1	
	Curativo	3	
	Hérnia umbilical	2	
	Insônia	8	
	Atestado	2	
	Planejamento familiar	15	
	Astigmatismo	1	
	Cocceira perianal	1	
	Osteoporose	1	
	Hemorróidas	1	
	Dor renal	1	
	Rinopatia	1	
	Intolerância à lactose	1	
	Escoliose	2	
	Perda auditiva	1	
	Herpes genital	2	
	Rinite	1	
	Nasofaringite aguda	1	
	Sangramento pós coito	5	
	Tendinite	1	
	Hemiparesia d - sequela avc	1	
	Bursite	1	
	Telangiectasia	1	
	Sangramento anal	1	
	Transtorno de personalidade	1	

	Esquizofrenia	1	
	Toxoplasmose gravídica	1	
	Otorragia	1	
	Hérnia inguinal	1	
	Otalgia	2	
	Furúnculos	1	
			134

Fonte: Elaborada pela autora, (2016).

Concepção biomédica da saúde é uma unidade de análise a partir da metodologia Análise de Conteúdo que reúne formação acadêmica no modelo biomédico, prescrição médica, e exames clínicos, laboratoriais e de imagem.

Pela frequência de solicitação de exames associados aos determinantes ambientais, ratifica a condição de que é maior que a soma de todos os outros exames.

O prontuário que forneceu todos esses dados – tanto as queixas, como as solicitações de exames – pode se tornar um instrumento rico em informações sobre o território, deixando de ser um mero documento burocrático e descritivo e tal análise foi objetivo da presente tese.

Exames parasitológicos e outros associados às doenças ambientais revelam a gravidade dos problemas das comunidades estudadas, considerando que o saneamento é um dos principais fatores.

Sabe-se que o trabalho de prevenção e promoção de saúde custa uma moeda em comparação a quatro moedas que são despendidas para a cura, que inclui medicação, internação, exames, incluindo equipamentos sofisticados.

As tabelas seguintes mostram a discrepância de quantidade entre os exames parasitológicos e associados aos determinantes ambientais, e o conjunto de outras solicitações. Trata-se de uma amostra consolidada em duas clínicas da família.

Tabela 10 – Soma do número de exames solicitados nas duas unidades de saúde –

Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima e
Centro de Saúde Maria do Carmo Alves

EXAMES/TIPO	FREQUÊNCIA
LABORATORIAIS	
a) Hemograma completo	43
b) Sumário de urina	26
C) Parasitológico de fezes	84
D) Dosagem Hormonal	6
E) Lipidograma	6
F) Urocultura	10
G) EAS	5
SUBTOTAL	180
OUTROS	
Beta HCG	3
VDRL	4
RX Tórax	9
RX Quadril	1
Tomografia	1
Eletrocardiograma	17
Endoscopia	2
Citopatológico	31
Ultrassonografia abdominal	16
Transvaginal	6
Colposcopia	1
Ultrassonografia da próstata	4
Ultrassom mamária	2
Ultrassom pélvica	1
Baciloscopia Hanseníase	1
Retossigmoidoscopia	1
SUBTOTAL	100
TOTAL	280

Fonte: Elaborada pela autora, (2016)

A tentativa de compreender o adoecimento apenas pelas alterações do corpo, sem levar em consideração os aspectos ambientais, sociais, psicológicos e culturais, tem sido criticada por teóricos que defendem um conceito de saúde ampliado.

O SUS é um sistema jovem e por isso os seus princípios estão em processo de implantação. A graduação acadêmica no modelo biomédico coloca o profissional em conflito entre a formação e as demandas do SUS que exigem dele um olhar holístico sobre o processo

saúde-doença-cuidado, para o qual ele não se preparou, muitas vezes sem saber na prática, o que pode fazer no território e nos equipamentos sociais.

“O [PSE] nunca teve, já ouvi falar porque uma vez fizemos um treinamento na Secretaria de Saúde, falaram que iria vir uma equipe de escola em escola. O Curso foi feito pra gente conhecer o que era o Programa de Saúde na Escola. Esse treinamento tem mais de 5 anos, nunca foi efetivado na comunidade.” E-2

É perceptível o conflito entre a necessidade de estar no território – onde o cotidiano das pessoas acontece - e a necessidade de reafirmação do consultório, como o lugar em que há as principais demandas de saúde.

“... Para melhorar a situação [de saúde da população]... fazer mais visitas com a equipe em cada casa, fazer palestras, não sozinha o grupo fizesse palestras e estar ali batendo na tecla pra eles melhorarem. O lugar para palestra tem, mas como a demanda é muito grande as enfermeiras ficam superlotadas, não tendo esse tempo pra ajudar a gente pra marcar.” E-2

Quando a entrevistada diz que não pode ir para o território dar palestra porque a demanda é muito grande, refere-se às ações dentro do consultório. E nesse discurso fica claro que há uma priorização da atenção no consultório.

Foi considerada a análise histórica dos prontuários. Registros das mesmas queixas se repetem por vários meses e a conduta adotada pelo médico é a mesma da primeira vez, caracterizando-se uma atitude típica do modelo biomédico, que avalia o determinado instante do corpo doente, sem referenciar-se ao contexto em que o indivíduo adoece.

Os dados encontrados nos prontuários foram:

- a) Uso do prontuário sem informações claras, que auxiliem a continuidade do atendimento pelo profissional subsequente;
- b) Uso do prontuário de forma diferenciada, de acordo com quem fez o registro: médico, enfermeira, aluno estagiário da UFS/Campus Lagarto e aluno de outras universidades;
- c) Registro insignificante sobre orientações de cuidados preventivos necessários para problemas oriundos dos determinantes ambientais. Aspectos da Educação em saúde como forma de oferecer informações à população sobre os cuidados necessários que estão a seu alcance, operacionalizada através de instruções simples, não chegam a 10% dos registros nos prontuários.

Prescrições de exames e medicações registram análises em 1.262 prontuários e realizadas quatorze entrevistas com as equipes de saúde da família das duas unidades básicas de saúde. Do total de prontuários, 1.183 tiveram receitas de medicamentos e/ou solicitação de

exames. Pôde-se observar que o cotidiano da equipe apresenta uma perspectiva biomédica da saúde, em que a doença e o sintoma é o centro da atenção.

Interessante notar, que na chegada dos novos médicos do Programa Mais Médicos, a população rejeitou os cubanos e a principal queixa nos corredores, em 2014, era porque eles conversavam demais e não prescreviam novas medicações, nem renovavam as antigas. Houve muita dificuldade na organização da atenção básica, pois a maioria queria migrar para os médicos de outras equipes.

Com o tempo, as práticas bastante diferenciadas entre cubanos e brasileiros, principalmente a presença no território, provocou uma mudança nos usuários e na concepção de outros profissionais da equipe.

Exames, medicações e tecnologia não podem ser descartados ou desqualificados. Porém, muitos deles seriam desnecessários se houvesse maior dedicação aos fatores que envolvem o cotidiano no território.

Formação acadêmica/educação permanente tratam de pesquisas que aproximam universidade, população e administração pública. Este estudo contribui para fortalecer o conhecimento científico, fazendo cumprir o papel social da universidade, que deve dar respostas às demandas da sociedade.

A educação permanente tem o objetivo ético-político-pedagógico de desenvolver e transformar as ações em saúde, numa perspectiva intersetorial. Por isso, a prática de uma agenda intersetorial se faz necessária e será apresentada nas recomendações.

Ao analisar dados da Concepção holística da saúde, foram encontrados nos prontuários:

a) Notou-se que os alunos da UFS/Campus Lagarto descrevem a queixa com maior detalhamento e além da dimensão física, enfatizam outros elementos que compõem a descrição, incluindo aspectos ambientais e sociais, a queixa é ouvida de forma contextualizada. A escrita legível facilita a leitura do histórico do usuário por outros profissionais que manuseiem o prontuário.

Os alunos com formação pelas metodologias ativas no Campus Lagarto mostram a preocupação de que o prontuário seja um documento onde cada profissional possa partir de onde seu antecessor parou. Ter uma percepção histórica sobre o sujeito contribui para uma avaliação mais precisa.

As entrevistas mostraram uma ambiguidade na forma de trabalho. Há uma história vivenciada que os profissionais relatam sobre um passado de Lagarto. Experiências que alternam as concepções sobre saúde, entre uma visão biomédica que traz o consultório, o prédio da unidade básica como referência, ao mesmo tempo em que todos os entrevistados fizeram alusão, de alguma forma, ao território.

“Sinto um pouco de falta do que a gente fazia lá [referindo-se à outra unidade de saúde em que trabalhou no passado], que são essas atividades, conversar com esse grupo de pacientes que está aí fora [na sala de espera] e conversar um pouco com eles, porque eles gostam, eles questionam e eu sinto um pouco de falta disso. A medicina brasileira é essa medicina curativa que não é objetivo do ESF, mas se o paciente entrou aqui e não sai com a receita na mão, o médico não presta.” E-8

A chegada do Programa Mais Médicos transformou o trabalho *em* equipe, pois as reuniões, que anteriormente eram realizadas com a presença somente de enfermeiros e agentes, passaram a ter a presença dos novos profissionais. Embora o Programa tenha terminado no final de 2018, há esperança de que este legado tenha sido deixado nas práticas da atenção básica, pois a reunião da equipe consegue unir informações do prontuário – em que estão os registros dos usuários que vão à UBS falar de suas queixas, com as informações do território – onde profissionais devem estar constantemente em sua prática de saúde.

“Existe [reunião de equipe] sim. Médico, enfermeiro, técnico e os agentes comunitários. Uma vez ao mês, estavam se reunindo no dia da avaliação. Agora já tenho um cronograma que vai separar uma tarde pra sentarem sem ser o dia de avaliação. Está difícil aqui porque o índice da população aumentou, o número de atendimentos aumentou, os profissionais não estão parando.” E-6

Na fala seguinte, a entrevistada demonstra a responsabilidade e o compromisso da atenção básica e sua importância para o descongestionamento na alta complexidade. A noção da rede cumprir, cada um o seu papel é muito importante para o SUS melhorar a capacidade de atendimento.

“Eu acredito também que por sinal o hospital regional já sentiu uma diferença nesse tempo de 100 dias que estamos nessa gestão. A prova é que estamos com cerca de 167 hipertensos.” E-6

A roda de conversa é uma estratégia de horizontalização do sistema. Usuários, médicos, enfermeiras e outros profissionais trocam informações e dessa forma, qualificam o cuidado.

“Estamos fazendo rodas de conversa que estão sendo muito produtivas, com o médico, enfermeira e nutricionista a depender, duas vezes ao mês, mostrando a eles a qualidade de vida melhor, tanto na parte de alimentação, quanto ao suporte odontológico que eles não tinham e hoje estamos dando.... então estamos tentando resgatar.” E-6

“Para melhorar a qualidade de saúde da comunidade precisaria mais atendimento médico, mais palestras, mais informações para eles, uma equipe mais unida, para ver se não lota tanto os postos de saúde. Se a gente atuar na prevenção os postos não ficam tão cheios, as pessoas adoecem menos, é importante também fazer mais visitas.” E-2

“O [trabalho de prevenção] mudaria. Iríamos trabalhar com eles [usuários] direto na comunidade, então eles não viriam tanto para o posto. Tenho muitas gestantes de treze, quatorze anos que a gente devia estar sempre oferecendo palestras para os jovens, porque às vezes os pais não têm tempo de ensinar a eles.” E-2

Há muito a se caminhar na realidade desigual em saúde de Lagarto. Existem inúmeras limitações sobre o comprometimento dos determinantes ambientais na qualidade de vida da população. No entanto, há muitas possibilidades para futuras propostas de trabalho, que serão elencadas nas recomendações deste estudo. Lagarto tem um SUS histórico, iniciado com experiências de um sistema que alterou toda a lógica até então empreendida na saúde do país.

É tarefa da universidade sugerir espaços em que se incluam todos os atores, profissionais, professores, alunos, população, gestão e outros setores, para sairmos dos dilemas e irmos aos desafios.

7- CONCLUSÃO

Desde o meu trabalho no Centro de Saúde Escola Germano *Sinval* Farias, na Fundação Oswaldo Cruz (RJ), no período entre 1995 e 1999, questões sobre meio ambiente me chamavam a atenção, pois a FIOCRUZ localiza-se em área de alta insalubridade e eu sempre refletia sobre a distância que havia entre a grandiosidade e potencialidade da Instituição e as condições ambientais do seu entorno, com problemas tão sérios e não resolvidos.

Dentre as principais disposições do SUS: promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, o que mais me instigava – e ainda instiga – são a promoção e prevenção, cujas ações efetivas tornam-se barreiras para as doenças. Daí, o meu interesse por determinantes ambientais da saúde, que me levam aos problemas evitáveis e, portanto, podem ser eliminados ou pelo menos, minimizados. A distribuição espacial da doença é um dos meus principais interesses, analisando o lugar onde as pessoas vivem e suas condições.

Esta pesquisa pretende contribuir para uma nova concepção de território por parte das equipes de saúde, fazendo com que elas compreendam que no território habita pessoas, doenças e sentimentos, capazes de determinar um modo de vida, mas que ao mesmo tempo, passíveis de mudança, dependendo de um conjunto de ações possíveis de serem realizadas.

Transformar o conceito de território em sua operacionalização talvez seja o grande salto que a equipe necessita para a atenção básica se recolocar no lugar de principal porta do Sistema, dando conta dos problemas de saúde da maioria da população e seja capaz de controlar efetivamente os agravos que a atingem.

É uma tarefa que não se concluiu na legislação, desde a Constituição Federal até a regulamentação do SUS (Lei 8080/90). É um trabalho contínuo e por isso o legislador atentou para a criação de políticas sociais que contribuam para o bem-estar social, através da ampliação da abordagem intersetorial. A intersetorialidade é o ponto-chave para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

A saúde inclui questões filosóficas; alterações metodológicas nas práticas; e mudanças na formação em saúde. E juntas, germinam participação comunitária na construção do processo saúde-doença, juntamente à gestão e equipe. Ter um campus da saúde no município de Lagarto, com pesquisa e extensão, utilizando-se metodologias ativas que discutam e reflitam sobre todas essas novidades didáticas contribui para o fortalecimento do SUS.

O Campus Lagarto “empura” os alunos e professores para o território e no retorno da comunidade é inevitável que o ônibus não continue sendo um cenário da aula que nos faz refletir sobre tantos elementos que compõem a saúde e a vida das pessoas. Os problemas de saúde causados pelos determinantes ambientais, conforme os resultados desta pesquisa de campo, iniciada efetivamente em 2016, é a síntese da nossa rotina, desde 2011, quando começamos o trabalho na atividade PEC (Prática de Ensino na Comunidade).

Ver com maior evidência os problemas ambientais que levam ao adoecimento e queixas recorrentes são necessários para a formação dos alunos, a fim de terem contato com a realidade em que vive a população para que em nenhum momento coloquem em segundo plano os problemas ambientais.

Apesar da realidade a ser enfrentada, houve investimento em saneamento básico de mais de 200%, se comparados os anos 2002 e 2015, como já foi detalhado. Isso nos faz afirmar que os determinantes ambientais não estão totalmente esquecidos. Até porque o saneamento era uma discussão exclusiva da engenharia e isso foi mudando com a participação dos estudiosos da saúde e hoje é um de seus temas básicos. Contudo, não penso que isso seja suficiente. Fundamental é a mudança de paradigmas calcados no modelo biomédico para um modelo de determinação social da saúde.

Um exemplo é a expansão da estratégia saúde da família que diminuiu intensamente a mortalidade infantil. No entanto, ainda nos encontramos longe dos países desenvolvidos, com grau elevado de condições sociais, distribuição de renda e saneamento resolvidos. Por isso, a importância da atenção básica.

Outro aspecto importante é a sistematização e disseminação de informações, contemplando o compartilhamento de dados em saúde, além do entendimento da equipe de saúde, gestão e população, para a relevância de que esses dados sirvam para melhorar a assistência e qualidade de vida da população. Um olhar que deva valorizar o que acontece na vida, no trabalho, no lugar onde as pessoas moram, as relações interpessoais que acontecem entre aquelas pessoas, a interação da equipe, como parte daquele lugar.

Para isso, muitas alternativas são possíveis. Uma delas é o Planejamento Estratégico Situacional, que parte da necessidade da participação dos atores envolvidos, sentindo-se todos parte do processo, com capacidade de compreenderem que mais de uma visão sobre a realidade é possível e a partir do diálogo e interação pode-se construir novas realidades, colocando o território como parte fundamental do SUS.

A proposta de um novo formulário, a princípio, pode parecer mais um ato burocrático. No entanto, é reversível a quantidade de trabalho a médio prazo, pois o tempo investido na recuperação de saúde diminui à medida que os fatores causadores do problema vão desaparecendo. É nessa linha de raciocínio que pretendo ser a contribuição desta pesquisa: a universidade se aproximar da equipe e do território, com todos os seus atores, refletindo sobre questões óbvias, como diz Barata, mas que na prática diária há uma invisibilidade.

Durante o trabalho de campo, percebemos um orgulho de pessoas que construíram o SUS em Sergipe, pessoas que vieram do PACS, criaram o PSF e chegaram à ESF. Ao mesmo tempo, uma demonstração de desânimo em relação a algumas situações do cotidiano do trabalho.

O orgulho das pessoas que compõem a história do SUS em Lagarto deve ser resgatado, juntamente com abertura de espaços em que elas possam relatar suas angústias e demandas, ao mesmo tempo em que suas grandes contribuições ao Sistema possam ser-nos transmitidas como ensinamentos. Diante de tanta contrainformação sobre a saúde no país, é necessário realçar os avanços efetivos que o Sistema vem alcançando em seus poucos trinta anos de existência, com os seus bons projetos.

Esta pesquisa traz um compromisso de desconstruir os sentidos dados aos locais onde as unidades básicas de saúde são instaladas, pelos profissionais que lá tomam posse. A conformação com o “lugar é daquele jeito e sempre será daquele jeito” é um dos fatores detectados nas entrevistas. Nossa contribuição será o fortalecimento da educação permanente no município, mostrando que os problemas de saúde evitáveis só dependem de políticas e estratégias assertivas.

O formulário proposto mapeia a distribuição espacial da doença, gerando novas informações próximas à realidade, de forma que sua ação avaliativa semanal dá maior visibilidade dos problemas à equipe.

A equidade é um dos princípios do SUS que define como os recursos devem ser distribuídos entre a população, tendo a premissa de dar mais a quem precisa mais e menos a quem precisa menos. As comunidades trabalhadas precisam melhorar a qualidade ambiental, responsável por número significativo de adoecimento da população estudada, mas que se repete em locais com as mesmas condições ambientais.

A pesquisa realizada mostrou as ações dos profissionais baseadas fortemente no modelo biomédico e isso distancia a avaliação sobre equidade, na medida em que a referência desses profissionais é o ambulatório e o território fica em segundo plano e às vezes nem isso. A falta de conhecimento sobre a realidade do cotidiano onde as pessoas efetivamente vivem faz com que a equidade não seja cumprida.

Os profissionais apontam na maioria das vezes o SUS como um sistema perfeito que atende a todas as questões da Saúde e ao mesmo tempo fazem críticas sobre o cotidiano do sistema e dizem que o SUS não dá certo. A percepção do “não dá certo” muitas vezes está conectada com as impressões do senso comum em que a saúde é mostrada como um fracasso nacional. Essa reprodução acontece mesmo naqueles que são profissionais da saúde, pois eles são pessoas que recebem essas influências sociais.

Observamos em algumas situações a falta de compreensão sobre a dinâmica histórica da saúde e como as alternâncias são percebidas pelos profissionais. Outra questão importante é a referência do ambulatório para a equipe. A formação profissional está muito mais envolvida com a doença do que propriamente com a saúde e por isso o ambulatório passa a ser a representação social do papel do profissional da saúde. É ali sua principal atuação.

É preciso que o território seja estimulado como um lugar de prática cotidiana. Para isso, é preciso que a educação permanente em saúde avance e seja um processo contínuo para cada vez mais se discutir o conceito de saúde ampliado, que extrapola o corpo do sujeito, abrangendo fatores do lugar onde ele vive. Os determinantes ambientais de saúde oportunizam as reflexões sobre a amplitude do conceito de saúde e a dimensão do cotidiano da população.

Um aspecto muito favorável ao realizar trabalho de extensão e pesquisa no município de Lagarto é a compreensão da administração municipal sobre a importância das parcerias. A receptividade da prefeitura foi positiva desde a instalação do campus em 2011 e a universidade tem sido muito bem recebida para realização das propostas sugeridas. Esse aspecto facilitador ajuda a incluir a universidade na vida do município.

Para finalizar, o papel da universidade é fundamental como colaboradora/articuladora, de forma que todos os setores possam contribuir, transformando esses lugares insalubres, com riscos e vulnerabilidade, em lugares onde as pessoas tenham garantida qualidade de vida e bem-estar, com novos olhares sobre o processo saúde-doença, tendo consciência de que ainda estamos fortemente ligados ao modelo biomédico, em transição para um modelo mais integrativo.

8- RECOMENDAÇÕES

Alguns autores – e eu concordo com eles – afirmam que desenvolvimento social e desenvolvimento sustentável são expressões equivocadas, pois se tivéssemos verdadeiramente desenvolvimento em seu amplo sentido, as questões relacionadas ao padrão ideal de vida que as pessoas devem ter e o tratamento dado ao meio ambiente já estariam contempladas em seu conceito.

No entanto, não só no Brasil, mas em todas as partes do mundo, a população vive de forma diferente, dependendo do grupo socioeconômico a que pertença. E por isso, estudiosos criam constructos teóricos e práticas acerca dessas diferenças, a fim de nortear ações que proponham mudanças no modo de vida das pessoas. Estamos aqui falando do grupo de pesquisadores que veem na desigualdade social um grande vilão contra as condições mínimas que possam garantir qualidade de vida e saúde à população em geral.

Rita Barata, uma das minhas grandes mestras, em seu livro *“Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde”*, fala-nos que:

“Embora a resposta pareça óbvia, na verdade, não é bem assim... Muitos tentam esvaziar o conteúdo político e as conotações de injustiça social e desrespeito aos direitos humanos expressos nessas desigualdades, reduzindo-os simplesmente a diferenças entre indivíduos ou grupos de indivíduos definidos segundo características biológicas.”

A relação entre saneamento básico e saúde é reafirmada na literatura atual como o divisor de águas, que define sociedades mais iguais ou mais desiguais. A autora acrescenta que a qualidade de saneamento básico é o principal indicador para se avaliar o nível de desigualdade social de uma sociedade.

Os adjetivos social e ambiental atribuídos ao desenvolvimento trazem um conjunto de fatores que lhes dão dimensões específicas e ao mesmo tempo entrelaçadas, para que através de estratégias formuladas para cada demanda emergente seja possível avançar na solução de problemas que atingem os sujeitos de forma individual e coletiva.

É necessário que determinantes ambientais tenham maior visibilidade no cotidiano da equipe e que façam parte das suas atividades as parcerias com outros setores. A clareza sobre a importância da intersetorialidade e a impossibilidade de tratar saúde como um campo isolado de atuação é fundamental para o bem-estar individual e coletivo.

Esta pesquisa é justamente uma reflexão sobre as dimensões da saúde, que extrapolam o simples cuidado com o corpo, quando se trata do adoecimento. Os determinantes ambientais afetam a vida diária das pessoas, cristalizando-se em alguns grupos populacionais tipos de doenças evitáveis, já erradicadas em países desenvolvidos.

Portanto, trata-se de repensarmos como se apresenta o modelo de vida das populações, incluindo o território que faz parte do seu cotidiano, como já foi analisado nos capítulos deste trabalho. Duas vertentes tornam-se extremamente importantes para se alcançar resultados a que se propõe a Atenção Básica: intersectorialidade e educação permanente.

A intersectorialidade é a única possibilidade de um trabalho eficaz que relacione determinantes ambientais ao âmbito da saúde, cuja capacidade de solução definitiva aos problemas que afetam a população é muito pequena, quando se originam no ambiente em que vivem.

Os resultados obtidos nesta pesquisa sugerem a urgência da universidade propor uma parceria com todos os setores da administração do município, liderada pela Secretaria Municipal de Saúde, além da inclusão de outros setores e outras instâncias, que possam contribuir para organização e logística dos procedimentos necessários para a efetivação do saneamento básico.

O papel social da Universidade deve ser a demonstração científica dos fatores que interferem diretamente na qualidade de vida da população, além de estudos que apresentem gastos públicos com doenças e tratamentos evitáveis. A ênfase deve ser tratamento da água, e recolhimento e destinação corretos dos resíduos sólidos, visto que sua exposição nas vias públicas leva à contaminação do lençol freático, através da infiltração do solo caracterizado por grande porosidade.

Sabemos que a ciência e tecnologia estão subjugadas à decisão política. É ela que define planejamento e execuções consideradas relevantes. A universidade, portanto, deve se constituir como parte da sociedade, ter claro o seu papel e saber usar estratégias que propiciem sua interação e participação técnica, quando necessário.

Saneamento é um investimento complexo e de alto custo. Por isso mesmo é importante a presença da universidade, contribuindo para a elevação do nível de argumentação, baseada em dados científicos, comprovando a necessidade da importância do consumo de água tratada e vias públicas não poluidoras.

Outra vertente aqui apresentada refere-se à Educação Permanente em Saúde, que trata dos processos de trabalho da equipe e sua atualização, a partir das demandas que vão surgindo com a dinâmica da sociedade, além das inovações tecnológicas em saúde criadas pelo SUS.

A pesquisa realizada teve como foco a relação da equipe da atenção básica com os determinantes ambientais da saúde, que em territórios onde vive a população de menor renda, apresenta-se maiores possibilidades de riscos. A população que vive em bairros mais pobres torna-se mais vulnerável às doenças provocadas pelo meio ambiente do que aquelas que moram em ambientes, onde questões de saneamento e urbanização já estão resolvidas.

Após os resultados obtidos neste estudo, a intenção é apresentar uma reflexão sobre as questões ambientais que afetam a saúde da população, materializada em um formulário (Anexo 04) que possa fazer parte do cotidiano da equipe de saúde, transformando o território, que aparentemente apresenta-se abstrato, em fonte de informações essenciais, transformando-se em estratégias que diminuam doenças e acometimentos evitáveis.

Para haver coerência no trabalho em saúde é preciso que a gestão, profissionais e população busquem políticas que se entrelacem e tragam o bem-estar da população, principalmente aquelas em situações mais fragilizadas.

A medicalização representa o progresso da ciência, através do qual muitas doenças foram extintas e trouxe novas respostas para questões que muitas vezes levavam a população à morte. No entanto, a medicalização também teve uma importante atuação na camuflagem dos problemas sociais.

Na saúde mental, por exemplo, muitas pessoas que hoje usam psicotrópicos têm a origem de seus problemas em questões sociais. Da mesma forma que pessoas com doenças dermatológicas, doenças respiratórias, doenças digestivas não têm sido tratadas como doenças de origem ambientais ou não se levando em conta sua recorrência. Pelo contrário, ainda há uma culpabilização da população pelo próprio adoecimento, como se a causa fosse falta de autocuidado.

Como exemplo, uma das análises de prontuários aqui pesquisados, o caso em que no período de oito meses, o usuário foi à consulta seis vezes com a queixa de diarreia e somente lhe foi pedido exames e prescrita medicação. Dessa forma, trata-se dos sintomas, a medicalização cumpre o seu papel de remediar, mas não se reflete sobre as causas.

Nesse sentido, foi criado o formulário Q.A.D.A.S. (Queixas Associadas aos Determinantes Ambientais da Saúde) a ser proposto à Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto (SE), como projeto-piloto. E, futuramente, expandir para o SUS, caso se efetive positivamente, através do FormSUS, que é uma proposta do DATASUS para criar formulários com o objetivo de ampliar as informações sobre saúde, qualificar as informações e elevar a eficiência do SUS.

O formulário criado a partir desta pesquisa é dividido em três categorias, incluindo algumas doenças, tipicamente provocadas pelos determinantes ambientais, além de serem as mais recorrentes: parasitárias, sistema tegumentar e respiratórias. Seu preenchimento é muito simples e deve ser realizado por médicos(as) e enfermeiros(as), visto que necessita avaliação técnica especializada.

Semanalmente, a equipe deverá fazer análise, conforme abaixo:

- 1- Quantidade das mesmas queixas de acordo com as microáreas;
- 2- Casos de reincidência das queixas;
- 3- O tipo de categoria mais citada,

O formulário (Anexo 04) é uma proposta inicial, que deverá ser aprimorada, a fim de atender da melhor forma às demandas que implicam os determinantes ambientais.

Segundo Samuel Lima, “territorializar pode significar colocar algo no território, por exemplo, a saúde”. Nesta proposta, pretendemos contribuir para colocar no território um novo olhar que se transforme em uma nova consciência dos profissionais da saúde, sobre a importância dos determinantes ambientais, no processo saúde-doença.

Para isso, são necessários: agenda pactuada entre todos os setores para formação dos profissionais; criação de parcerias efetivas; participação e corresponsabilização dos usuários e coletividade, análise aprofundada sobre as características e peculiaridades epidemiológicas e ambientais de cada território, de forma que a promoção da saúde volte ao primeiro plano, conforme parte dos princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Gevson Silva.; ARAGÃO, João Paulo Gomes de Vasconcelos. Resenha de “A geografia física e as relações sociedade/natureza no mundo tropical de CONTI, José B. Mercator, Revista da UFC, vol. 10, nº 22, pp. 233-235, Universidade Federal do Ceará, maio-agosto, 2011.

AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: Que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In CAMPOS, Wagner de Souza Campos et al. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva, São Paulo, Hucitec, p. 171-186, 2012.

ARAUJO, Tânia Bacelar. Tendências do desenvolvimento regional recente no Brasil. In BRANDÃO, Carlos; SIQUEIRA, Hipólita. Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional. Fundação Perseu Abramo, 2013.

BARATA, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro (RJ), Editora FIOCRUZ, 2009.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3): 129-138, 2002.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. São Paulo, Edições 70, 2016.

BARRETO, Maurício. Por uma epidemiologia de saúde coletiva. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 1, pp.104-130, 1998.

BELLI, Tiago José et al. Biorreator à membrana em batelada sequencial aplicado ao tratamento de esgoto visando à remoção de nutrientes. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 143-154, junho, 2012 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-41522012000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-41522012000200003>. 2012.

BOMFIM, Luiz Fernando Costa; COSTA, Ivanaldo Vieira Gomes; BENVENUTI, Sara Maria Pinotti. Projeto cadastrado da infraestrutura hídrica do Nordeste. Estado de Sergipe. Município Lagarto. CPRM, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília (DF), 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica. http://d.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php, 2016.

BRASIL. Ministério da Fazenda. SIAFI, Relatório Gasto Social do Governo Central de 2002 a 2015, Tesouro Nacional, Brasília (DF), 2016a.

BRASIL. Constituição (1988), Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Brasília (DF), 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, Brasília (DF), 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. CNE/CES – Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Publicação no Diário Oficial n.º 117, Brasília (DF), Seção 1, p. 08-11. de 23.06.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional da Atenção Básica, Brasília (DF) 2011a.

BRASIL. Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília (DF), 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Saúde ambiental: guia básico para construção de indicadores, Brasília (DF), 2011c.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Política Nacional de Resíduos Sólidos, Brasília (DF), 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Oficina de qualificação do NASF, Série C. Projetos Programas e Relatórios, Brasília (DF), 2010b.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF), http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizassus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf, 2010c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2009.
- BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 11.445, DE 5 DE JANEIRO DE 2007. Diretrizes nacionais para o saneamento básico, Brasília (DF), 2007a.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/ CONASS, p. 79, Brasília (DF), 2007b.
- BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Política Nacional do Desenvolvimento Regional. Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional – SDR, Brasília (DF), 2007c.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 6286 de 05/12/2007. Programa Saúde na Escola, publicado no DOU de 06.12.2007, Brasília (DF), 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde, 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), Brasília, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF), 2002.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental. Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais. MEC/SEF, Brasília (DF), 1998a.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos. Apresentação dos temas transversais. Brasília (DF), MEC/SEF, 1998b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (MS). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, (DF), 1997.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF), 1990a.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília (DF), 1990.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, (RJ), nº 17(1), p.77-93, 2007

CAIRUS, Henrique F. Ares, Águas e Lugares. In CAIRUS, Henrique; RIBEIRO JR, Wilson. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

CAMARGO, Luís Henrique Ramos de. A Geoestratégia da Natureza: a Geografia da Complexidade e a Resistência à possível Mudança do Padrão Ambiental Planetário. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2012.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), 57(5), p. 611-614. set/out, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza; PEREIRA-JUNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, setembro/2016. <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n9/2655-2663/>, 2016

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Campos et al orgs. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Hucitec, p. 41-80, 2012.

CAMPOS, Rodrigo de Queiroz; SOUZA, Rodrigo Mendes Leal de; RAMOS, Ricardo Luiz de Souza. Atuação da área de infraestrutura social do BNDES na região Nordeste do Brasil . In: GUIMARÃES, Paulo Ferraz et al. (Org.). Um olhar territorial para o desenvolvimento: Nordeste. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 74. p. 68-78, 2014.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Rio de Janeiro, **Saúde em Debate**, v. 38, p. 252-264, outubro/2014.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; NETTO, Guilherme Franco. Prefácio. In PORTO, Marcelo Firpo; PACHECO, Tania; LEROY, Jean Pierre (Organizadores). Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o mapa de conflitos. Editora Fiocruz, 2013.

CARVALHO, Antônio Ivo. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro (RJ), Fiocruz/Ipea/Ministério da

Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 2. p. 19-38, 2013.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol. 13, supl. 2, p. 2029-2040, dezembro, 2008.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo (SP), v. 26, n. 3, p. 676-689, setembro, 2017 .

CASSETI, Valter. A natureza e o espaço geográfico. In: MENDONÇA, F. e KOZELS. (Orgs.) Elementos de epistemologia da geografia contemporânea. Curitiba, Ed. da UFPR, 2004.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008.

CONFALONIERI, Ulisses E. C. Variabilidade climática, vulnerabilidade social e saúde no Brasil .São Paulo, **Terra Livre**, Ano 19, v. 1, n. 20, p. 193-204 , janeiro-julho, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília (DF), 2004.

CORREA, Roberto Lobato. Espaço, um conceito-chave da geografia. In CASTRO, Iná Elias; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORREA, Roberto Lobato (Orgs.). Geografia: conceitos e temas, Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2008.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Organizadores: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. Rio de Janeiro (RJ), Editora Fiocruz, 2009.

_____. Constituição epidêmica: velho e novo nas teorias e práticas da epidemiologia. **História da Ciência da Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro (RJ), v. 8, n. 2, p. 341-356, Agosto, 2001.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-597020010003000003&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-597020010003000003>.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al . Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 389-394, Junho, 2011 . http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200023&lng=en&nrm=iso

DATASUS/SIH/SUS, Situação da base de dados nacional em 03.05.2010.

ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/se/SE_Lagarto_Geral.xls , 2010.

DATASUS/SIH/SUS, Situação da base de dados nacional em 03.05.2010.

ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/sp/SP_Pirassununga_Geral.xls

DIAS, Cláudia Augusto. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. -Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal da Paraíba, v. 10, n. 2, 2000.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 1. 327, 2013.

FERREIRA, Marcelo Urbano. Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max. Sorre. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 301-309, Setembro, 1991.

FERREIRA NETO, João Leite et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, setembro, 2009.

(Orgs.). Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2008.

FIOCRUZ. Dicionário da Educação Profissional em Saúde: territorialização em saúde, GONDIM, Grácia Maria de Miranda Gondim; MONKEN, Maurício. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>, 2009.

FONSECA, Adalberto. História de Lagarto. Governo de Sergipe, 2002.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2003.

GALVÃO, Luiz Augusto C.; FINKELMAN, Jacobo; HENAO, Samuel. Introdução. Determinantes Ambientais e sociais da saúde. OPAS/OMS, 2011.

GARDNER, Howard. Inteligências Múltiplas. São Paulo (SP), Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo (SP), Atlas, 2010.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In MINAYO, Maria Cecília Souza (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Vozes, Petrópolis, RJ, 2001.

GONÇALVES, Maria da Graça M. Psicologia, subjetividade e políticas públicas. São Paulo (SP), Cortez, 2010.

GOUVEIA, Nelson. Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social. **Revista Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1503-1510, junho/2012.

GUIMARÃES, Raul Borges; PICKENHAYN, Jorge Amâncio; LIMA, Samuel do Carmo. Geografia e saúde sem fronteiras. Uberlândia (MG), Assis Editora, 2014.

HAESBAERT, Rogério. Territórios alternativos. São Paulo, Contexto, 2015.

_____. Concepções de território para entender a desterritorialização. In Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. SANTOS, M.; BECKER, Bertha K. (Orgs.), São Paulo, Lamparina, 2007.

HARACENKO, Adélia Aparecida de Souza ; VITO, A. . A Geografia do século XVIII e a contribuição do legado de J.R. e J.G FORSTER para a evolução da ciência geográfica moderna. In: XV Encuentro de Geógrafos da America Latina: Por una América Latina unida y sustentable, 2015, Havana. XV Encuentro de Geógrafos da America Latina: Por una América Latina unida y sustentable. Havana: Editora da Universidade de Havana, 2015. v. 1. p. 294-317.

HELLER, Léo. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 3(2):73-84, 1998.

HUBNER, Luiz Carlos Moreira; FRANCO, Túlio Batista. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Revista Physis – Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p.173-191, abril, 2007.

IBGE. Cidades.IBGE. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/20/22469> , 2017.

_____. Brasil/Sergipe/Lagarto. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/lagarto/panorama>, 2016.

_____. Contas Regionais do Brasil, 2012. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/contasregionais/2012/default.shtm>

_____. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007/2015, 2018. IBGE.

<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/trabalho/rendimento-de-todos-os-trabalhos.html>

IDB. Indicadores e Dados Básicos. Produto da ação integrada do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no âmbito da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA),2006.

HARVEY, David. A produção capitalista do espaço. São Paulo: Annablume, p. 44, 2005.

<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/trabalho/rendimento-de-todos-os-trabalhos.html>

JUNQUEIRA, Renata Dias. Geografia Médica e Geografia da Saúde. **Hygeia**, 5(8), junho, 2009.

KRUGER, Tânia Regina. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista Katálisis**, Florianópolis , v. 17, n. 2, p. 218-226, dezembro, 2014.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200218&lng=en&nrm=iso

LIMA, Samuel. Território e promoção da saúde: Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde, Jundiaí (SP), Paco Editorial, 2016.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde do Brasil, **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dezembro, 2003.

LIMA, Samuel. Território e promoção da saúde: Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde, UFU, 2016.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação. Petrópolis (RJ), Vozes, 2010.

MACHADO, R. F. O. A relação homem-natureza na terceira idade: a importância do saber do idoso sobre meio ambiente. Dissertação, 2003. Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente. PRODEMA (Programa Regional de Pós-graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente).

MARQUES, Rosangela Francisca de Paulo Vitor. Impactos ambientais da disposição de resíduos sólidos urbanos no solo e na água superficial em três municípios de Minas Gerais. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Recursos Hídricos em sistemas agrícolas. Universidade Federal de Lavras, 2011.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo (SP), v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/agosto, 2004.

MENDES, Jussara Maria Rosa et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS, **Textos & Contextos**, Porto Alegre (RS), v. 10, n. 2, p. 331 - 344, agosto/dezembro, 2011.

MENDONÇA, Francisco; ARAÚJO, Wiviany Mattozo; KICH, Thiago. A geografia da saúde no Brasil: Estado da arte e alguns desafios. **Revista Investigaciones Geográficas**, Chile, n. 48, p.41-52, 2014.

MINAYO, Maria Cecília Souza et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Vozes, Petrópolis, RJ, 2011.

MIRANDA, Ary Carvalho et al. A transição para um desenvolvimento sustentável e a soberania humana: realidades e perspectivas na região das Américas. In GALVÃO, Luiz Augusto C.; FINKELMAN Jacobo; HENAO, Samuel. Determinantes ambientais e sociais da saúde. Organização Pan-/Americana da Saúde, Editora Fiocruz, 2011.

MONTEIRO, Ana. O clima e a saúde na cidade do Porto, bons motivos para mudar de paradigma de qualidade de vida. In SILVA, Edson Soares Fialho; STEINKE, Ercília Torres. (Orgs). Experimentos em climatologia geográfica. Dourados (MS), MS: UFGD, 2014.

MONTEIRO, Carlos Augusto de Figueiredo. A abordagem ambiental na geografia: possibilidades na pesquisa e limitações do geógrafo ao monitoramento. In RA'EGA: o espaço geográfico em análise. Curitiba (PR), Editora da UFRN. n. 3, ano III, 1999.

MONTOYA, Maria Patrícia Arbeláez et al. Indicadores de saúde ambiental para a tomada de decisões. In GALVÃO, Luiz Augusto C.; FINKELMAN, Jacobo; HENAO, Samuel. Determinantes ambientais e sociais da saúde. OPAS/FIOCRUZ, p. 155-181, 2011.

MORAES, Luiz Roberto Santos; BORJA, Patrícia Campos. Revisitando o conceito de saneamento básico no Brasil e Portugal. **Politécnica Revista do Instituto Politécnico da Bahia**, n. 20, ano 7, p. 5-11, junho, 2014.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, Josino Costa; LOBOS, José. O papel e os desafios dos laboratórios de saúde ambiental no Brasil. In GALVÃO, Luiz augusto C.; FINKELMAN, Jacobo; HENAO, Samuel. Determinantes ambientais e sociais da saúde. OPAS/FIOCRUZ, 2011.

MOREIRA, Ruy. Para onde vai o pensamento geográfico? Por uma epistemologia crítica. São Paulo, Contexto, 2014.

_____. Para onde vai o pensamento geográfico? Vol. 1, As matrizes clássicas originárias. São Paulo, CONTEXTO, 2008.

MORETTI, Bruno. Efeitos da Pec 95: uma perda bilionária para o SUS. <http://brasildebate.com.br/efeitos-da-ec-95-uma-perda-bilionaria-para-o-sus-em-2019/> , setembro, 2018.

NETTO, Guilherme Franco; ABREU, Regina. Arouca, meu irmão: uma trajetória a favor da saúde coletiva. Rio de Janeiro (RJ), Faperj, 2009.

NININ, Maria Otilia Guimarães. Pesquisa na escola: que espaço é esse? O do conteúdo ou o do pensamento crítico? **Educação em Revista**, Belo Horizonte, nº 48, dezembro/2008.

OLIVEIRA, Marcos Barbosa. Formas de autonomia da ciência. **Revista Scientiae Studia**, São Paulo, vol. 9, n. 3, p. 527-561, 2011.

OPAS. Rede Interagencial de Informação para a saúde: Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Ripsa. Brasília, OPAS, 2008.

PAIM, Jaimilson . O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. THE LANCET. London, p.11-31, maio. 2011.

PARO, Vitor Henrique. Escritos sobre Educação. São Paulo, Editora Xamã, 2001.

PELLEGRINI FILHO, Alberto.; BUSS, Paulo Marchiori. O movimento dos determinantes sociais da saúde no Brasil. In GALVÃO, Luiz augusto C.; FINKELMAN, Jacobo; HENAO, Samuel. Determinantes ambientais e sociais da saúde. OPAS/FIOCRUZ, p. 589-601, 2011.

PEREIRA, Martha Priscila B.; BARCELLOS, Chistovam. O TERRITÓRIO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Hygeia**, v. 2, n. 2, pp 47-55, 2006.

PERIAGO, Mirta Roses. Prólogo. In: Determinantes ambientais e sociais da saúde. Organizadores: GALVÃO, Luiz Augusto; FINKELMAN, Jacobo; HENAO, Samuel. Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, EUA, 2011.

PNUD. Relatório de Desenvolvimento Humano 2016. <http://hdr.undp.org/en/2016-report>, 2016.

PORTO, Marcelo Firpo; PACHECO, Tania; LEROY, Jean Pierre (Organizadores). Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o mapa de conflitos. Editora Fiocruz, 2013.

RODRIGUES, Maria José; RAMIRES, Júlio César de Lima. Saúde da Família nos municípios mineiros com população superior a 100 mil habitantes: uma análise da cobertura populacional. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, n.34, v.1, p.117-137, janeiro-julho, 2012.

ROQUAYROL, Zélia. Contribuição da Epidemiologia. In CAMPOS, Wagner de Souza Campos et al. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva, São Paulo, Hucitec, p. 319-373, 2012.

SANTOS, Ana Rocha. O desvelar das contradições do modelo de descentralização: as interfaces escalares na conformação do Sistema Único de Saúde em Sergipe. Tese de doutorado, apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Sergipe, 2008.

SANTOS, Flávia de Oliveira; LIMA, Samuel do Carmo. Promoção da Saúde com intersectorialidade e mobilização social. Uberlândia (MG), Aline Editora, pp 44-45, 2017.

SANTOS, Milton. A natureza do espaço. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2012.

_____. Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica. EDUSP, São Paulo, 2002.

_____. Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal). Rio de Janeiro: Record, 2001.

_____. O espaço do cidadão. São Paulo, EDUSP, 1988.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SKAMVETSAKIS, Adriana. Gestão compartilhada e humanização em saúde do trabalhador. Porto Alegre (RS), **Boletim da Saúde**, vol. 20, nº 2, julho/dezembro 2006.

SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 03/05/2010.

ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/se/SE_Lagarto_Geral.xls

SILVA, Bruna Daniela da, OLIVEIRA, Flávia Cremonesi, MARTINS, Dalton Lopes, Resíduos Eletroeletrônicos no Brasil, Santo André, 2007.

SILVA, Vanessa Silva e et al. Projeto de coordenação intra-hospitalar de doação de órgãos: custo-efetividade e benefícios sociais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 2015.

SOARES, Gabriel Porto et al. Evolução da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório e do Produto Interno Bruto per Capita nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 123-132, abril, 2018.

SOBRAL, André; FREITAS, Carlos Machado de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. Março, 2010.

SOUZA, Ana Paula Gestoso et al. A escrita de diários na formação docente. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v. 28, nº 1, p. 181-210, março/2012.

SOUZA, Cezarina Maria Nobre et al. Saneamento: promoção da saúde, qualidade de vida e sustentabilidade ambiental. Rio de Janeiro (RJ), FIOCRUZ, 2015.

SOUZA, Marcelo José Lopes. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In CASTRO, Iná Elias; GOMES, Paulo César Costa; CORREA, Roberto Lobato (Orgs.). Geografia, conceitos e temas. Ed. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, Rosemeri Melo. Concepções de natureza e tendências do ambientalismo: contribuições ao debate geográfico entre ambiente e paisagem no Brasil. **Revista Geonordeste**, Ano XX, n. 2, 2009.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

SUERTEGARAY, Dirce Maria Antunes. Geografia física (?) geografia ambiental (?) ou geografia e ambiente (?). In: MENDONÇA, Francisco e KOZEL, Salete (orgs.). **Elementos de epistemologia da geografia contemporânea**. Curitiba, Ed. Da UFPR, 2002.

TAYRA, Flávio. A relação entre o mundo do trabalho e o meio ambiente: limites para o desenvolvimento sustentável. **Scripta Nova Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, Universidad de Barcelona, vol. VI, n.119(72), agosto, 2002.

VIEITES, Renato Guedes. Os estudos de Samuel Pessoa e Luiz Jacintho da Silva e a Geografia Médica no Brasil. **Hygeia** : Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia (MG), v. 10, p. 140-148, 2014.

WEBER, Florence. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 15, n. 32, pp 157-170, dezembro, 2009WHO.

WHO. World Health Organization. Health, environment and development: approaches to drafting country level strategies for human well-being under Agenda 21, Genebra, OMS, 1993.

WHO. World Health Organization. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978.

World Inequality Lab. World Inequality Report 2018. Organizadores: CHANCEL, Lucas; ALVAREDO, Facundo; PIKETTY, Thomas; SAEZ, Emmanoel; ZUCMAN, Gabriel, 2018.

ANEXO 01**QUESTIONÁRIO-GUIA**

- 1- Qual o seu nome?
- 2- Quanto tempo você trabalha na Saúde?
- 3- Como é trabalhar na Saúde? Foi opção ou circunstância?
- 4- Quando você começou a trabalhar na equipe de saúde da família?
- 5- Você pegou o tempo do PACS?
- 6- Como era o PACS, qual o seu papel na equipe?
- 7- Como era o trabalho no PACS, sem médico e divisão da equipe?
- 8- Qual era a proposta da equipe?
- 9- O que mudou?
- 10- Como é a sua relação com o restante da equipe? Como são trocadas as informações?
- 11- Quais as principais atividades da equipe de saúde? Na unidade de saúde e no território?
- 12- Qual a importância da unidade básica de saúde?
- 13- Há dia dedicado a algumas categorias da população?
- 14- Qual a importância do território para o trabalho da equipe?
- 15- Como é o trabalho no território?
- 16- Existem equipamentos sociais, lugares do território que possam ser utilizados para um trabalho de educação em saúde ou para responder a alguma demanda específica, solicitada pela população?
- 17- A educação em saúde é realizada pela equipe como rotina ou esporadicamente?
- 18- Existe alguma questão ambiental que prejudica a saúde?
- 19- O que seria prioritário?
- 20- Quais as doenças típicas provenientes do meio ambiente?
- 21- Como é a questão do saneamento básico, recolhimento de lixo, tratamento da água?
- 22- Quais os trabalhos que poderiam ser realizados em caráter preventivo?
- 23- A promoção da saúde é pensada pela equipe ou o foco é principalmente tratar dos doentes?
- 24- É possível mudar as condições ambientais onde vocês trabalham?
- 25- Há alguma conexão entre dados dos prontuários e formulação de atividades que respondam às demandas da comunidade?
- 26- É possível elevar a qualidade de vida das pessoas, mesmo vivendo nas condições atuais?
- 27- Há reunião da equipe, onde se possa expressar a percepção sobre a saúde da comunidade?
- 28- A equipe constrói estratégias para ser efetivado um trabalho no território, abrangendo informações do tipo de vida, do lugar, do cotidiano, onde as pessoas vivem?

ANEXO 02**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Concordo em participar, como voluntário, do estudo intitulado TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE: DISTÂNCIA ENTRE SAÚDE E DETERMINANTES AMBIENTAIS, NO CONTEXTO DE LAGARTO (SE), que tem como pesquisadora responsável Rosangela Fátima de Oliveira Machado, professora do Departamento de Educação em Saúde da Universidade Federal de Sergipe/Campus Lagarto (SE), que pode ser contatada pelo e-mail rosangela.isis@hotmail.com, telefone: 79-99875-6686. Tenho ciência de que o estudo tem em vista realizar entrevistas com profissionais da Atenção Básica de Saúde, visando à realização de uma tese de doutorado. Minha participação consistirá em conceder uma entrevista que será gravada e transcrita. Entendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica, preservando o anonimato dos participantes, assegurando assim minha privacidade. Caso eu tenha interesse, poderá uma cópia da transcrição da entrevista ser entregue a mim e não receberei nenhum pagamento por esta participação.

Assinatura

Lagarto (SE), ____ de _____ de 201__.
pe

ANEXO 03

FICHA PARA CADASTRAMENTO DA FAMÍLIA – FICHA A

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				UF _ _
		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
ENDEREÇO			NÚMERO _ _ _ _ 	BAIRRO	CEP _ _ _ _ _ - _ _ _ _	
MUNICÍPIO _ _ _ _ _ _ _ _ 	SEGMENTO O _ _	ÁREA _ _ _	MICROÁREA _ _	FAMÍLIA _ _ _ 	DATA _ _ - _ _ - _ _	

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUENTE A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo

EPI - Epilepsia

HAN - Hanseníase

CHA - Chagas

GES - Gestação

MAL - Malária

DEF - Deficiência

***HA - Hipertensão
Arterial***

DIA - Diabetes

TB - Tuberculose

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	

DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável _ _ _ _ _ _ _ _
---	--	--

A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?		
--	--	--

OBSERVAÇÕES

[illegible]